

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MODALIDADE MINTER UFSC/UNOCHAPECÓ E  
ASSOCIADAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ELIZ CRISTINE MAURER CAUS**

**O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA  
OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS  
PARA AS PARTURIENTES**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

C374p Caus, Eliz Cristine Maurer  
O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica  
no contexto hospitalar [dissertação] : significados  
para as parturientes / Eliz Cristine Maurer Caus ;  
orientadora, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos. -  
Florianópolis, SC, 2009.  
274 p.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Trabalho  
de parto. 4. Parto normal. I. Santos, Evanguelia Kotzias  
Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**ELIZ CRISTINE MAURER CAUS**

**O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA  
OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS  
PARA AS PARTURIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

**O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO  
CONTEXTO HOSPITALAR: SUGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 10 de dezembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



\_\_\_\_\_  
Dra. Evangelia Kotziás Atherino dos Santos  
Presidente



\_\_\_\_\_  
Dra. Helena Ferro Blasi  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Marisa Monticelli  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Kleyde Ventura de Souza  
Membro Suplente

\_\_\_\_\_  
Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Membro Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus agradeço a vida e as bênçãos.

Ao Curso de Mestrado da UFSC na modalidade interinstitucional UNOCHAPECÓ e associadas, o crescimento adquirido.

Ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR/UFSC) pelo convívio e o compartilhar de experiências.

À Direção da Maternidade Dona Catarina Kuss, pelas dispensas do trabalho e incentivo para a construção deste conhecimento.

Às mulheres, sujeitos significativos deste estudo, por consentirem em dividir a maravilhosa experiência do processo de parir.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos vividos juntos.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, pela condução na construção deste trabalho com paciência, competência, dedicação, respeito aos meus limites e dificuldades.

Às professoras Dra. Marisa Monticelli, Dra. Helena Ferro Blasi, Dda. Vitória Regina Peters Gregório que dispuseram de seu saber para contribuir na construção deste conhecimento.

Às professoras Dra. Odaléia Brüggemann e Dra. Kleyde Ventura de Souza que participaram como membro suplente da banca de defesa e nas quais me espelho como exemplo de enfermeira e ser humano.

À professora Dra. Mercedes Trentini pelas valiosas contribuições e pelas palavras de apoio.

Aos meus colegas enfermeiros (as) e amigos (as) pelo compartilhar desta caminhada, principalmente à grande companheira Anair Andréa Nassif.

Aos meus alunos a quem direciono a minha prática de cuidar.

A meus filhos, Anne e Silas, pelo amor, carinho, compreensão, incentivo, torcida.

A meus pais Carlos e Anilda que me deram a vida e o exemplo.

E em especial, dedico este trabalho ao meu querido esposo Zezinho, que foi super companheiro e acompanhante neste processo.

## **NÃO SEI...**

Não sei... se a vida é curta...

Não sei... Não sei...

Se a vida é curta ou longa demais para nós.

Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,

Se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que

respeita,

alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que

promove.

E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que

seja

intensa, verdadeira e pura...

enquanto durar.

**Cora Coralina**



CAUS, Eliz Cristiane Maurer. **O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar:** significados para as parturientes. 2009. 274f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

## RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, a qual teve como objetivos compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica, no contexto hospitalar, e identificar as contribuições da enfermeira obstétrica para promover o cuidado humanístico no referido processo. Foi adotado como referencial a Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad. Foi desenvolvido no período de abril a junho de 2009, na unidade de alojamento conjunto e centro obstétrico da maternidade dona Catarina Kuss, do Estado de Santa Catarina. Os sujeitos significativos foram nove parturientes, que tiveram bebês assistidas pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada através do processo de cuidar da enfermagem humanística de Paterson e Zderad, utilizando o diálogo vivido e entrevista aberta. O processo de análise ocorreu através da apreensão, síntese, teorização e transferência. Foram identificadas quatro categorias convergentes, acerca do significado de parir: 1) O ser-parturiente e o dar-se a conhecer em seu existir no mundo vivido. 1a) O ser-mulher e a escolha em ser-mãe; 1b) O ser-mulher e o ser-mãe sem escolha. 2) O ser-parturiente reconhece na enfermeira obstétrica um atendimento diferenciado; 2a) A presença que respeita a feminilidade; 2b) A prática da enfermeira obstétrica é mais delicada; 2c) O saber compartilhado da enfermeira obstétrica transmite segurança; 2d) A enfermeira obstétrica permite a expressão da dor; 2e) A presença que deixa a dor mais fácil de suportar; 2f) O cuidado que proporciona bem-estar físico. 2g) O cuidado que proporciona bem-estar emocional; 2h) O cuidado que proporciona o ser-mais da mulher. 3) O ser-parturiente e os medos e as crenças que permeiam o processo de parir; 3a) O ser-parturiente, reprimida pelo medo de ser maltratada institucionalmente por experiência própria; 3b) O ser-parturiente reprimida pelo medo que provém de seu meio sociocultural; 3c) O ser-parturiente, reprimida pelo

medo do processo de parir em si. 4) As sugestões da parturiente para melhorar a assistência; 4a) Acolhimento e agilidade na admissão; 4b) Ver outra parturiente desesperada apavora. As contribuições da enfermeira obstétrica foram pontuadas em relação ao cuidado à parturiente, ao contexto do estudo, ao percurso da teoria humanística aplicada à obstetrícia e aos demais profissionais da equipe de saúde. Os resultados mostram a necessidade de fortalecer o papel da enfermeira obstétrica, pois sua atuação frente às parturientes significou reconhecimento pela atenção que respeita seu corpo (privacidade e delicadeza nos procedimentos), é uma profissional preparada e que divide seu conhecimento com elas e as respeita em suas manifestações de dor durante o processo de parir. Proporciona-lhes cuidados para o seu conforto e bem-estar e as apoia na hora em que mais temem. Sentem o processo de parir como um momento crítico, cuja dor é a sensação mais referida, seguida da satisfação e alívio pelo nascimento. Na sua maioria buscam a maternidade como uma realização pessoal, outras apenas aceitam o seu destino e outra decide não ser-mãe desse filho que pariu. O existir de cada mulher se desvela através do diálogo vivido, que se apresenta como um verdadeiro canal aberto para o encontro e relação subjetiva entre enfermeira X parturiente e, a partir dele, se estabelece o chamado resposta do cuidado humano.

**Palavras-chave:** Enfermagem obstétrica, trabalho de parto, parto normal.

CAUS, Eliz Cristine Maurer Caus. **El proceso de dar a luz sobre la asistencia de la enfermera obstétrica:** significado para las parturientas. 2009. 274f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

Linha de Pesquisa: El cuidado y el proceso de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMEN

Se trata de una Investigación Convergente Asistencial de naturaleza cualitativa que tiene como objetivo comprender el significado que la parturienta atribuye al proceso de parir, asistida por la enfermera obstétrica em el contexto hospitalar y identificar las contribuciones para promover el cuidado humanístico. Desarrollado em abril/junio/2009 en una maternidad del Planalto Norte Catarinense SC. Nueve fueron las mujeres que tuvieron bebè asistadas por la investigadora. La recoleta de datos fue realizada a través del proceso de cuidado de la enfermería humanística de Paterson y Zderad, utilizando el diálogo vivido y la entrevista abierta. El proceso de análisis ocurrió a través de la prehensión, síntesis, teorización y transferencia. Fueron identificadas cuatro categorías convergentes acerca del significado de parir, siendo: 1) El ser parturienta y dar se a conocer en su existir en el mundo vivido; 1a) La opción de ser madre; 1b) El ser madre sin opción; 2) La parturienta reconoce en la enfermera obstétrica un atendimento distinguido 2a) La presencia que respeta la feminilidade; 2b) El atendimento de la enfermera obstétrica es más delicado; 2c) El saber compartido de la enfermera obstétrica transmite seguridad; 2d) La enfermera obstétrica permite la expresión de dolor; 2e) La presencia que deja el dolor más fácil de soportar; 2f) El cuidado que proporciona bien estar físico. 2g) El cuidado que proporciona bien estar emocional; 2h) El cuidado que proporciona a ser más mujer. 3) La ser parturienta y los miedos y creencias que permean el proceso para dar a luz; 3a) El miedo de ser maltratada institucionalmente por experiencia propia; 3b) El miedo que probiene de su médio sócio cultural; 3c) El miedo del proceso para dar a luz en sí. 4) Las sugerencias para mejorar la asistencia; 4a) Acogimiento y agilidad en los trámites de admisión; 4b) Ver otra parturienta desesperada, apavora. Las contribuciones de la

enfermera obstétrica fueron puntuadas en relación al cuidado dado a la parturienta, al contexto del estudio, al recorrido de la teoría humanística aplicada a la obstetricia y a los demás profesionales del equipo de salud. Los resultados muestran la necesidad de fortalecer el papel de la enfermera obstétrica, pues su actuación frente a la parturienta significó el reconocimiento por la atención que respeta su cuerpo (privacidad, delicadeza), es una profesional preparada y que divide su conocimiento con ellas y las respeta en sus manifestaciones de dolor durante el proceso de dar a luz. Proporcionando les comodidad y bien estar y el apoyo en la hora que más temían. Sienten el momento de dar a luz crítico, donde el dolor es la sensación al cual más se refirieron seguida de la satisfacción por el nacimiento. La mayoría buscan en la maternidad su realización personal, otras apenas aceptan su destino y otra decide a no ser madre de este hijo que dé a luz. El existir de cada mujer se desveló a través del diálogo vivido, que se presentó como un canal abierto para el encuentro y relación subjetiva entre enfermera X parturienta y a partir de él se estableció el llamado-respuesta.

**Palabra-clave:** Enfermera Obstétrica, trabajo en parto, parto normal.

CAUS, Eliz Cristine Maurer. **The process of giving birth attended by obstetrician nurse in the hospital context:** significance for the parturients. 2009, 274p. Master's Thesis in Nursing. Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2007.

## ABSTRACT

This is a Convergent-Assistential Research, qualitative nature, that had as objective to understand the meaning that the parturient attaches to the process of giving birth attended by obstetrician nurse in the hospital context and identify the contributions of obstetrician nurse to foster humanistic care. Developed from April to June/2009 in the unit of set accommodation and obstetric center ward of a maternity in Northern Plateau of Santa Catarina. The subjects were nine parturients who gave baby assisted by the researcher. Data collection was performed through the process of humanistic nursing care for the Paterson and Zderad, using lived dialogue and open interview. The review process occurred through the seizure, summary, theory and transfer. They were identified four categories converged on the significance of giving birth, they are: 1) being-parturient and the knowledge about his existence in the lived world; 1a) being-wife and the choice of being a mother; 1b) being-wife and being a mother with no choice. 2) The parturient being acknowledged in a obstetrician nurse a good attendance; 2a) presence relation to femininity; 2b) The practice of obstetrician nurse is more delicate; 2c) shared knowledge of obstetrician nurse provides safety, 2d) The obstetrician nurse allows the expression of pain, 2e) A presence that makes the pain easier to bear; 2f) The care that provides physical well-being. 2g) The care that provides emotional well-being, 2h) which provides care to be more women. 3) The being-mothers and fears and beliefs that permeate the process of birth, 3rd) the parturient be repressed by the fear of being hurt by institutional experience, 3b) the parturient be repressed by the fear that comes from their sociocultural environment; 3c) The being in labor, repressed by fear of the process of birth itself. 4) Suggestions from woman to improve care; 4th) reception and speed up the admission; 4b) ISBN parturient desperate panic. The contributions of obstetrician nurses were scored in relation to care for women during childbirth, the context of the study, the course of humanistic theory applied to obstetrics and other health care team. The results show the need to strengthen the role of obstetrician nurses for their activity in pregnant women meant to recognize note that respects

her body (privacy and sensitivity in the proceedings), is prepared and a professional who shares his knowledge with them and respect them in their expressions of pain during the process of birth. It gave them comfort and well-being and support them at the time feared. They feel the process of giving birth as a critical moment where the pain is the biggest feeling, followed by the satisfaction of relief by the birth. Most of them seek motherhood as a personal achievement, others just accept their fate, and other decides do not be the mother of this child she has borne. The existence of each woman was revealed through the lived dialogue, that was presented as a real open channel for the meeting and subjective relationship between nursingXparturient and, thereafter it was established the called-response.

**Keywords:** obstetrical nursing, birth work, normal birth.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Perfil sócio-demográfico .....	<b>91</b>
<b>Quadro 2:</b> O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Alfa. ....	<b>125</b>
<b>Quadro 3:</b> O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Alfa.....	<b>129</b>
<b>Quadro 4:</b> O diálogo vivido no período de dequitação de Alfa. ....	<b>132</b>
<b>Quadro 5:</b> O diálogo vivido no período de Greenberg de Alfa. ....	<b>135</b>
<b>Quadro 6:</b> O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Epsilon .....	<b>142</b>
<b>Quadro 7:</b> O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Epsilon.....	<b>145</b>
<b>Quadro 8:</b> O diálogo vivido no período da dequitação de Epsilon....	<b>148</b>
<b>Quadro 9:</b> O diálogo vivido no período de Greenberg de Epsilon. ...	<b>150</b>
<b>Quadro 10:</b> O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Zeta. ....	<b>155</b>
<b>Quadro 11:</b> O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Zeta.....	<b>158</b>
<b>Quadro 12:</b> O diálogo vivido no período de dequitação do processo de parir de Zeta. ....	<b>161</b>
<b>Quadro 13:</b> O diálogo vivido no período de Greenberg de Zeta. ....	<b>163</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Ciclo vicioso e ciclo virtuoso. ....	<b>204</b>
<b>Figura 2:</b> A enfermeira humanística no processo de cuidar .....	<b>211</b>



## **LISTA DE SIGLAS**

ABENFO: Associação Brasileira de Obstetizes E Enfermeiros  
Obstetras  
AIH: Autorização de Internação Hospitalar  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Cama PPP: Pré-Parto, Parto e Puerpério  
CCIH: Comissão de Controle De Infecção Hospitalar  
CO: Centro Obstétrico  
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem  
EUA: Estados Unidos da América  
IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
MDCK: Maternidade Dona Catarina Kuss  
MS: Ministério da Saúde  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PCA: Pesquisa Convergente Assistencial  
PHPN: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
REHUNA: Rede de Humanização do Nascimento e Parto  
SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SCIELO: Scientific Electronic Library Online  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCC: Trabalho de Conclusão de Curso  
UNICEF: United Nations Children's Fund  
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>14</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>16</b>
<b>1 O PROCESSO DE PARIR NO CONTEXTO HOSPITALAR E A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: DA PRÁTICA ASSISTENCIAL AO EMERGIR DA TEMÁTICA .....</b>	<b>20</b>
<b>2 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: O ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>31</b>
2.1 A TRAJETÓRIA DO NASCIMENTO, SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E NOVAS FORMAS DE CUIDAR DA MULHER NO PROCESSO DE PARIR.....	32
2.2 O PROFISSIONAL QUE ASSISTE O PARTO. QUEM É A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NESTE PROCESSO? .....	38
2.2.1 Os caminhos na formação da enfermeira obstétrica.....	39
2.2.2 A assistência dada por enfermeira obstétrica .....	42
2.3 ASPECTOS POLÍTICOS, LEGAIS E SOCIAIS DA ASSISTÊNCIA AO PROCESSO DE PARIR NO BRASIL.....	49
2.4 A COMPREENSÃO DA MULHER ACERCA DO FENÔMENO DO PARTO NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	52
2.4.1 De dentro para fora e de fora para dentro no processo de parir e nascer .....	55
2.4.2 As percepções e significados de parir no contexto hospitalar para a mulher .....	58
2.4.3 O parto como fonte ordenadora.....	61
<b>3 DESVELANDO O REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>65</b>
3.1 BREVE BIOGRAFIA DE PATERSON E ZDERAD E ORIGEM DA TEORIA .....	65
3.2 IDEIAS PRINCIPAIS DA TEORIA DE ENFERMAGEM HUMANÍSTICA.....	67
3.3 MARCO CONCEITUAL.....	68
3.3.1 Ser humano .....	69
3.3.2 Comunidade.....	70
3.3.3 Saúde .....	70
3.3.4 Enfermagem-enfermeira.....	71

<b>3.3.5 O diálogo vivido.....</b>	<b>74</b>
<b>3.3.6 A enfermagem dialogal no mundo real .....</b>	<b>79</b>
<b>3.3.7 Objetos .....</b>	<b>80</b>
<b>3.3.8 Tempo.....</b>	<b>80</b>
<b>3.3.9 Espaço .....</b>	<b>81</b>
<b>3.3.10 Acolhimento.....</b>	<b>82</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>83</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	83
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO.....	85
4.3 SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO .....	89
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	96
<b>4.4.1 O processo de cuidar adaptado a partir da enfermagem humanística .....</b>	<b>98</b>
<b>4.4.2 Procedimento para coleta e registro dos dados .....</b>	<b>106</b>
<b>4.4.3 Procedimentos de análise.....</b>	<b>110</b>
<b>4.4.4 Aspectos éticos do estudo.....</b>	<b>111</b>
<b>5 DESCREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM AS PARTURIENTE/PUÉRPERAS NO PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>113</b>
5.1 APRESENTANDO O PROCESSO DE CUIDAR .....	113
<b>5.1.1 O diálogo vivido no processo de parir de Alfa: uma gestação não planejada, mas desejada .....</b>	<b>113</b>
<b>5.1.2 O diálogo vivido no processo de parir de Epsilon: uma gravidez planejada e desejada .....</b>	<b>136</b>
<b>5.1.3 O diálogo vivido no processo de parir de Zeta: uma gestação não planejada e não desejada .....</b>	<b>151</b>
<b>6 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES E CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>164</b>
6.1 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES.....	165
<b>6.1.1 O ser-parturiente e o dar-se a conhecer em seu existir no mundo vivido .....</b>	<b>165</b>
<b>6.1.2 O ser-parturiente reconhece na enfermeira obstétrica um atendimento diferenciado .....</b>	<b>171</b>

<b>6.1.3 O ser-parturiente e os medos e crenças que permeiam o processo de parir .....</b>	<b>188</b>
<b>6.1.4 As sugestões da parturiente para melhorar a assistência .....</b>	<b>194</b>
<b>6.2 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA À MULHER NO PROCESSO DE PARIR.....</b>	<b>197</b>
<b>6.2.1 As contribuições da enfermeira no contexto do estudo.....</b>	<b>199</b>
<b>6.2.2 Contribuições da enfermeira obstétrica no cuidado à parturiente .....</b>	<b>203</b>
<b>6.2.3 Contribuições da enfermeira obstétrica no percurso da teoria humanística aplicada à obstetria.....</b>	<b>209</b>
<b>6.2.4 Contribuições da enfermeira obstétrica para com os demais profissionais da equipe de saúde .....</b>	<b>212</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>213</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>218</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>232</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>234</b>
<b>APÊNDICE A - CODIFICAÇÃO ATRAVÉS: DIÁLOGO VIVIDO.....</b>	<b>235</b>
<b>APÊNDICE B - SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES DO PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: SIGNIFICADO PARA AS PARTURIENTES .....</b>	<b>249</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....</b>	<b>266</b>
<b>APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES .....</b>	<b>268</b>
<b>APENDICE E - ROTEIRO GUIA PARA O DIÁLOGO VIVIDO.....</b>	<b>269</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>273</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>274</b>

# **1 O PROCESSO DE PARIR NO CONTEXTO HOSPITALAR E A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: DA PRÁTICA ASSISTENCIAL AO EMERGIR DA TEMÁTICA**

Desde a graduação em enfermagem houve a identificação com a área da Saúde Materno-Infantil, mais especificamente com a assistência obstétrica e neonatal. Em 1991, no início de suas atividades profissionais, atuei como responsável pelo serviço de Epidemiologia de um município de médio porte no interior do Estado do Paraná. Lá, investigava as circunstâncias dos óbitos de mulheres em idade fértil. Participei de vários encontros do Comitê Regional de Combate à Mortalidade Materna e Infantil, nas quais me sentia inconformada com as situações que levavam à morte, muitas vezes, evitável, de mulheres e bebês.

Em 1995, ingressei numa maternidade de pequeno porte do interior do Estado de Santa Catarina e, fui lotada para atuar na área assistencial no Centro Obstétrico/Centro Cirúrgico. Lá enfrentei muitas dificuldades e temores, também me recorro da ansiedade que sentia ao me imaginar atendendo uma parturiente no período expulsivo, pois, ao mesmo tempo, em que o nascimento me encantava também me atemorizava. Ingressei na primeira turma do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da UFSC, em 2000, o que me proporcionou mais autonomia e segurança, aliando a teoria à prática.

Participei de vários eventos promovidos pela Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO-PR), reuniões e encontros sobre a mortalidade materna no Estado do Paraná, Congresso Internacional sobre Parto e Nascimento, Congressos de Banco de Leite Humano e Aleitamento Materno, tendo a oportunidade de ouvir conferencistas de renome internacional sobre o assunto, refletindo e acompanhando o processo de implantação da Política de Humanização ao Parto e ao Nascimento e fui me apaixonando cada vez mais pela obstetria.

Nesta trajetória fui desenvolvendo novas habilidades e competências, adquirindo maior segurança técnica e percebendo as múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir, que por ser um evento social, com influências culturais, exige um profissional diferenciado, com formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher de maneira afetuosa, empática e segura.

Tendo essa compreensão e por ser mulher, sempre senti a opressão que a mulher (na condição de enfermeira obstétrica e/ou

vivenciando o processo de parturição), sofre em relação à medicina e à cultura androcêntrica, a qual ainda impera na sociedade. Na instituição onde atuo, os primeiros períodos clínicos do processo de parir são acompanhados quase que exclusivamente pela enfermeira obstétrica, o que nem sempre acontece no período expulsivo, pois rotineiramente o médico obstetra é chamado para atendê-lo. Em várias tentativas de influenciar os médicos obstetras para uma prática mais humanizada, acabava me frustrando pela falta de receptividade, em algumas situações não conseguia, sequer, fazer com que a voz das parturientes fosse ouvida. Esta situação me inquietava e me levava a refletir na sua prática assistencial, enquanto enfermeira obstétrica sempre procurei valorizar a parturiente, fortalecê-la no processo de parir, tratá-la com carinho, respeitando-a no seu tempo, adotando condutas alternativas para o alívio da dor e condução do trabalho de parto, estimulando os exercícios com a bola de fisioterapia, massagens, banhos de chuveiro, a deambulação e mesmo a adoção de posições como a de cócoras, durante o trabalho de parto, visando sempre dar à mulher bem-estar, controle e empoderamento em seu processo de parir. Entretanto, o obstetra, ao dar continuidade à atenção ao processo de parir, nem sempre adotava essas práticas, realizando às vezes, algumas intervenções desnecessárias e com “falas” desrespeitosas, deixando a mulher acabrunhada, sem reação, levando-a a se calar e a se submeter ao saber médico.

Diante destas perturbações e com a oportunidade em realizar o curso de mestrado em Enfermagem da UFSC, surgiu o interesse em estudar o tema. A opção pelo desenvolvimento do presente estudo emergiu, portanto, da prática assistencial cotidiana, cuidando, percebendo, ouvindo, interagindo e refletindo sobre os cuidados prestados à mulher no processo de parir<sup>1</sup>, exigindo assim uma nova abordagem, o que me motivou a optar pela aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

Meu primeiro reconhecimento foi à necessidade de reler a história da obstetrícia. Li diversos autores e logo de imediato pude reconhecer a importância de minhas contribuições para a adequada compreensão e o aprofundamento necessário em relação à temática do estudo.

Na história da obstetrícia foram percebidos vários fatos e eventos que influenciaram a construção da enfermagem obstétrica e a

---

<sup>1</sup> Para efeito desse estudo, o entendimento de processo de parir, compreende: a assistência à mulher na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, na dilatação da cérvice uterina, no período expulsivo (ou nascimento), dequitação (saída da placenta) e o período de Greenberg (primeira hora após o parto).

concepção de muitas mulheres sobre o processo de parir, no meio social. No princípio da humanidade até meados do século XVII, as mulheres eram provedoras de cuidado e entendidas na arte de curar, eram reconhecidas pela sociedade como sábias na arte de cuidar e partejar. A partir das descobertas da ciência e de obras filosóficas, o panorama da assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal foi se modificando (PIRES, 1989).

Ao associar o corpo da mulher como uma máquina defeituosa, os escritos médicos difundiram a idéia de que a gravidez e o nascimento representavam um risco eminente à integridade física, e foram então, caracterizados como momentos de dor e sofrimento, necessitando assim, de intervenção qualificada (BERRIOT-SALVADORE, 1990). Com a descoberta e popularização do fórceps por Chamberleem, a técnica e a institucionalização, a participação masculina tornou-se predominante na assistência ao processo de parir.

Segundo Santos (2002), baseado no Davis Floyd (1992) existe o modelo tecnocrático e intervencionista na assistência obstétrica, pois é exatamente aquele que intervém com toda a tecnologia e, tentando amenizar, impedir os riscos, desencadeia outros riscos ainda maiores, tendo como consequência uma cesariana de urgência. É também aquele que inclui todas as mulheres nas condutas destinadas ao alto risco, independente se tiveram uma gestação tranquila e saudável (ODENT, 2002). Nele a atenção ao parto é centrada na figura do especialista e onde se deposita grande confiança em equipamentos complexos e especializados.

No modelo holístico, segundo a antropóloga Robie Davis Floyd, o processo de parir é visto como natural, a família é considerada uma unidade social significativa, o corpo feminino é entendido como normal e, o processo de parir, é tido como saudável e seguro, as necessidades da mãe e do bebê são complementares e não se contrapõem. O corpo feminino “sabe” como gerar o bebê e como parir; a mulher pode confiar neste conhecimento por pertencer a ela própria. A ciência e a tecnologia devem estar disponíveis para servir a esta mulher e não para se sobrepujar a ela. A mulher assume a responsabilidade por suas escolhas; os sentimentos, as necessidades e as experiências desta parturiente são mais importantes que rotinas e procedimentos da instituição onde se dá o parto. O papel do profissional que a atende é, acima de tudo, fortalecer e cuidar desta família (SANTOS 2002).

O modelo humanista pode ser considerado também como uma atitude e são algumas de suas características: há conexão entre o corpo e a mente; o corpo é tido como um organismo; a parturiente é tratada

como um sujeito relacional; valoriza-se a conexão e cuidado amável entre profissional e parturiente; a informação, as tomadas de decisões e as responsabilidades são compartilhadas entre a parturiente e o profissional; ocorre um equilíbrio entre a ciência e a tecnologia no tratamento; há maior enfoque para a prevenção da enfermidade; a morte é encarada como um resultado aceitável; cuidado conduzido pela compaixão (DAVIS-FLOYD, 1992).

No sistema de saúde/educação de países como a Holanda a Áustria e outros países europeus, a parteira tem uma formação técnica de quatro anos, exclusivamente voltada para a gravidez e o parto. Em muitos países na Europa, especialmente Inglaterra e Holanda, o modelo de saúde está organizado de forma que os obstetras atendam apenas às grávidas de alto risco (WAGNER, 1994).

No Reino Unido, em 1992, foi publicado um relatório sobre os serviços obstétricos recomendando entre outras coisas e reiterado pelo Grupo de Peritos em Obstetrícia, em 1993, que as enfermeiras-parteias deveriam ter suas próprias clientes e total responsabilidade por elas; também deveriam ter a oportunidade de implantar unidades obstétricas onde realizassem os partos, dentro e fora do ambiente hospitalar (Organização Mundial Saúde, 1996). Em alguns países europeus, as enfermeiras-parteias têm total responsabilidade pela assistência à gestação e ao parto normal, tanto no domicílio quanto no hospital, porém, em muitos outros países europeus e nos EUA, quase todas as enfermeiras-parteias (se existirem) trabalham em hospitais, supervisionadas por obstetras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Por influência da escola norte-americana, o Brasil adotou o paradigma tecnocrático na assistência obstétrica, que é caracterizado pelo alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas, provocando uma série de mudanças no modo de pensar da sociedade brasileira. Devido ao uso indiscriminado da tecnologia, o parto tornou-se perigoso e distante da mulher, que diante disso perdeu sua autonomia e colocou-se nas mãos do profissional médico, deixando que ele escolha o tipo de conduta a ser seguido (SEIBERT et al., 2005). Consequência dessa lógica são as elevadas taxas de cesárea no país, especialmente nos serviços privados de saúde (DAVIS-FLOYD, 1992; FAÚNDES, CECCATTI, 1991; DINIZ, 1996). Neste cenário a atuação da enfermeira obstétrica é muito restrita.

Atualmente, esta visão da institucionalização, medicalização e intervenção no processo de parir, está sendo questionada pela sociedade civil e científica, com vistas à oferta de uma assistência mais adequada



ao parto, independente dele ser normal e sem complicação ou ser patológico (PROCÓPIO; SILVA; TORRES, 2003). Por isso, insatisfeitas com o tratamento dispensado às mulheres no período gravídico puerperal, em pleno século XX, os movimentos feministas, em nível nacional e internacional, se mobilizaram, com o objetivo de resgatar o respeito e o valor da mulher na sociedade, tentando remodelar a visão da mulher frágil e incapaz de parir sem a presença do excessivo aparato tecnológico (DINIZ, 1998). Esse movimento social deu início a uma série de transformação/reorganização das políticas públicas na área da saúde da mulher.

Um evento muito significativo para a saúde da mulher ocorreu em Campinas-SP, em 1993, quando reuniram leigas e profissionais de saúde de vários estados brasileiros que trabalhavam com gestação, parto e nascimento e conversaram/discutiram sobre a situação do “nascido em sociedade”, no Brasil. Refletiram sobre as mudanças impostas pela sociedade na forma de parir e nascer, discutindo-os enquanto situações de violência e constrangimento durante toda a assistência à saúde reprodutiva, especialmente no processo de parir, surgindo à proposta de repensar e modificar o atendimento obstétrico. Esse evento marcou a Fundação da Rede pela Humanização do Nascimento e Parto - REHUNA (REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO, 1993).

A partir daí, emergiram discussões sobre a situação feminina e sua inserção social nos serviços de saúde, quando vários órgãos governamentais e não governamentais analisaram o aumento da mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, motivando mudanças nas políticas de atenção à saúde da mulher (NOGUEIRA, 2006).

Para tanto, o Ministério da Saúde, estrategicamente, incluiu a enfermeira obstétrica na assistência ao parto de baixo risco, sendo apresentada como uma diretriz de política de saúde na assistência perinatal, pois essa assistência deve ser segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, principalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001).

A atuação da enfermeira obstétrica na sala de parto, em parceria com o médico, tem sido o modelo proposto para maternidades em diversas cidades do país. Assim, o trabalho em equipe permitiria, ao mesmo tempo, que a enfermeira atuasse com uma atenção menos intervencionista, nos casos de baixo risco, e aos médicos obstetras seriam direcionados os casos de risco. Este modelo prevê que a atuação

multiprofissional deva ser complementar e que deve haver respeito aos limites de atuação de cada categoria (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A enfermagem obstétrica tende, cada vez mais, para o compromisso político-social, com a melhoria das condições de saúde da mulher, sendo necessária a concretização da atuação efetiva da enfermeira obstétrica, em todos os seguimentos da assistência à saúde da mulher, seja na assistência direta ou na gerência de serviços. Para tal, é preciso buscar a competência, para que haja uma maior valorização da enfermeira como profissional imprescindível na assistência ao parto e ao nascimento normais (PROCÓPIO; SILVA; TORRES, 2003).

Dentre as atribuições da enfermeira obstétrica, em seu papel de acolher, acompanhar, controlar e assistir a mulher no processo de parir, e mais: acolher a parturiente de maneira afetuosa e respeitosa; proceder à investigação dos antecedentes mórbidos pessoais e familiares, histórico obstétrico, data da última gestação e evolução da gestação; realizar o exame físico, que inclui sinais vitais, ausculta da frequência cardíaco-fetal (antes, durante e após a contração uterina), medida da altura uterina, palpação obstétrica e a realização do toque vaginal (se necessário) (BRASIL, 2001). Na sala de pré-parto, a enfermeira acompanha a parturiente na monitorização clínica e progressiva do trabalho de parto e na vigilância da vitalidade fetal (FREITAS, 2003).

Os princípios éticos devem ser observados nessa assistência, como a apresentação dos profissionais, o respeito, a privacidade da parturiente, além de outros aspectos durante o manejo do parto (BRASIL, 2001). A atuação da enfermeira deve buscar estabelecer uma relação terapêutica através da comunicação adequada e empática, o que torna imprescindível a sua presença ao lado da parturiente. A capacidade de comunicação e apoio, a disponibilidade de tempo propicia o estabelecimento de uma relação de ajuda e acolhimento, o que constitui o diferencial do modelo de assistência adotado pela enfermeira (CARON; SILVA, 2002).

Quanto aos aspectos legais, a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento de baixo risco está amparada legalmente e traz como pressuposto que a assistência prestada por esta profissional se insere no contexto da humanização do parto. Para tanto, existe a Lei do Exercício Profissional n.º 7498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 94406/87 e pela Portaria n.º 163 de 22 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998b), na qual o Ministério da Saúde institucionalizou o procedimento da realização do parto normal pela enfermeira obstétrica. A Resolução do Ministério da Saúde/Conselho Federal de Enfermagem MS/COFEN - n.º 223/99

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999), dispõe sobre a atuação de enfermeiras na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, conferindo amparo ético e legal para a conquista de seu espaço profissional.

O Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador e regulador, reconhece na enfermeira obstétrica a profissional com perfil para a atenção humanizada ao parto e ao nascimento de baixo risco, e vem implantando um conjunto de ações, por meio de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade da atenção obstétrica. Assim, cita-se a Portaria MS/GM 2.815/98, que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra” (BRASIL, 1998b).

A assistência prestada pela Enfermeira Obstétrica é legítima, na qual os bons resultados são comprovados em âmbito nacional e internacional. No entanto, acredita-se que o grande desafio desta profissão seja criar um modelo próprio de cuidados que privilegie a participação ativa da mulher no processo de dar à luz, primando por todo saber técnico-científico, refletindo na qualidade da assistência prestada, reduzindo o índice de morbimortalidade perinatal e materna e ampliando ou até mesmo introduzindo a humanização no atendimento (CAVALCANTE et al., 2007).

Visando normatizar as ações assistenciais do panorama obstétrico nacional, com a amplitude necessária a um atendimento de qualidade, o Ministério da Saúde lançou no ano 2000, uma estratégia de ação denominada Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), caracterizado pelo olhar integral na assistência obstétrica e pela afirmação dos direitos da mulher. O referido programa foi efetivado pela Portaria do Gabinete Ministerial nº 569, publicada em 1º de junho de 2000, outras que a sucederam, efetivaram o PNP (BRASIL, 2000b).

Em 2005, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, considerando a necessidade de adotar medidas que garantissem o atendimento obstétrico e neonatal de qualidade como direito de toda mulher, estabelecendo princípios e diretrizes para o atendimento à mulher, desde o pré-natal até o puerpério, com atenção às principais intercorrências obstétricas (BRASIL, 2005a). Ainda em 2005, o Congresso Nacional sancionou a Lei de nº. 11.108 que obrigou os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c). Esses

documentos norteiam a prática assistencial da enfermeira obstétrica.

Apesar de todo o respaldo legal da profissão, ainda são inúmeras as dificuldades enfrentadas em algumas instituições para a atuação da enfermeira na equipe de saúde do centro obstétrico. É necessário um trabalho interdisciplinar para que ocorra o respeito e a valorização do saber das diversas categorias profissionais.

O modelo de cuidado utilizado pela enfermeira obstétrica e neonatal está pautado na humanização e tem como diretrizes as políticas públicas de saúde no incentivo ao parto normal e apoio ao aleitamento materno, na perspectiva da integralidade, utilização de tecnologias leves, valorização de crenças e modos de vida (SILVA; CRHISTOFFEL; SOUZA., 2005). Por isso, a enfermeira obstétrica, quase sempre, está mais atenta aos aspectos emocionais da parturiente, preocupando-se com a ambiência, o conforto e a presença apoiadora, diferente de outros profissionais que nem sempre têm disponibilidade para estar presente e paciente no processo de parir.

Durante o período de parto há fatores como dor, sofrimento, solidão, ansiedades, fantasias, o próprio processo de parto e o estado do bebê, que amedrontam a parturiente, podendo resultar em descontrole emocional da situação. As orientações contínuas de forma clara, sobre as condições da evolução do parto, são estratégias apontadas para a superação destas dificuldades. É neste momento que o apoio, o estar próximo se faz necessário, pois as evidências científicas comprovam que esse cuidado reduz o uso de analgesia regional/anestesia, as taxas de partos operatórios, a insatisfação das mulheres sobre o nascimento e o aumento do número de partos vaginais espontâneos (BRÜGGEMANN, 2005).

Atuando como enfermeira assistencial no acompanhamento de mulheres, vivenciando o processo de parir percebo a adoção de diferentes perspectivas paradigmáticas de atenção por parte dos profissionais que prestam o cuidado nesta situação específica. Decorrente desta situação sentiu a necessidade de ampliar o espaço profissional da enfermeira, pois estas superam o modelo de assistência intervencionista e medicalizado, desenvolvem habilidades não invasivas, que são peculiares do modelo humanizado, feminino e desmedicalizado de assistência ao parto (VARGENS, PROGIANTE, SILVEIRA, 2008).

Quando eu, como profissional da saúde, ingressei na atual maternidade, eram somente três enfermeiras, assumindo 30 leitos da unidade de internação, incluindo mães e bebês em alojamento conjunto e mulheres em tratamento clínico e/ou cirúrgico obstétricas, além de

cinco leitos de neonatologia de médio risco. Contavam com a colaboração de cinco parteiras que, naquele contexto assumiam juntamente a admissão das clientes, o acompanhamento do trabalho de parto e parto, enquanto o plantão médico se fazia à distância. Atualmente, as parteiras não fazem parte do quadro funcional, porém o modelo de atendimento ao parto hospitalar pela parteira serviu, por muito tempo, aos interesses dos médicos obstetras da instituição, que se valeram da assistência ao parto que as mesmas realizavam, sendo habitual vir à maternidade apenas para passar visitas, realizar a prescrição, autorizar a alta e assinar pelo procedimento.

Nesses treze anos de experiência no serviço de obstetria, presenciei e presenciei situações, nas quais algumas parturientes vivenciam o processo de parir, em completa sintonia consigo, outras com muito desespero. No entanto, algumas o encaram de maneira tranquila, aceitando com naturalidade e, apesar de sentirem “dores”, continuam confiantes; outras com inquietação e agitação, mas ao sentirem apoio, vivenciam o processo com energia de “sobra”; enquanto outras já no início do processo, manifestando-se como “sofredoras” e “sem forças”, chegavam ao final do processo, completamente esgotadas.

Outra situação que me perturba no relacionamento parturiente x profissional, é a postura de submissão que muitas mulheres adotavam em seu processo de parir e, quando estas eram instigadas a tomar o controle da situação, havia diversidade de comportamento, isto é, algumas ficavam temerosas, outras desconfiadas, outras autônomas (resposta que acredito estarem diretamente ligadas à história/vivência de cada mulher).

Inquieta-me também o fato de que, mesmo quando o processo de parir está ocorrendo dentro da normalidade, no qual a parturiente está bem informada sobre o andamento do processo, tendo o acompanhante a seu lado, recebendo os cuidados alternativos de alívio à dor (massagens, banho de aspersão, entre outros) e apoio da enfermeira obstétrica, ainda assim temem o nascimento e perguntam pelo médico ao se aproximar o período expulsivo. Assim, constatei e percebi que eu desconheço o significado que essas mulheres imprimem ao processo de parir realizado pela enfermeira obstétrica.

Frente a esta realidade, amplamente vivenciada na prática, emergiram alguns questionamentos: será que a mulher percebe o cuidado prestado pela enfermeira obstétrica como adequado? Será que a vivência do processo de parir assistido pela enfermeira a empodera para ser mais em seu existir no mundo? Será que ela se percebe como protagonista nesse processo? Se positivo, de que forma a enfermeira

obstétrica tem contribuído para isso? De que modo o cuidado prestado pela enfermeira obstétrica no processo de parir pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada?

Em face deste contexto, propus-me buscar respostas para as seguintes questões de pesquisa:

- Qual o significado do processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar, para a parturiente?

- De que modo a enfermeira obstétrica pode contribuir para promover o cuidado humanístico à mulher que vivencia o processo de parir no contexto hospitalar?

Assim sendo, optei por realizar o presente estudo, que tem como objetivos: compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar e identificar as contribuições da enfermeira obstétrica para promover o cuidado humanístico no processo de parir no contexto hospitalar.

Deste modo, a intenção com este estudo é a de aliar o cuidado da enfermeira obstétrica no processo de parir com um percurso investigativo, o qual possibilite o surgimento de algumas respostas às inquietações demandadas deste mesmo processo de cuidar. Por isso, eu, como enfermeira, deveria estar imbuída em uma conexão de papéis que permitisse, ao mesmo tempo, pesquisar enquanto cuidava. Esta conexão foi proporcionada pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), pois traça um desenho que une o fazer e o pensar na prática em Saúde-Enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, a PCA propicia que a enfermeira encontre formas para promover um cuidado mais adequado às necessidades da parturiente inerentes a este caminhar, “guiada por um processo crescente que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste, para o ‘por que fazer’, ou seja, ‘saber fazer’” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

A escolha pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad como fundamentação teórica deste estudo, deve à minha identificação com o conceito da relação dialógica, pois acredito que por meio desse modelo teórico aplicado na prática assistencial, seja possível a enfermeira obstétrica contribuir de forma efetiva na promoção do bem-estar e estar-melhor da parturiente, mas principalmente, no resgate das interações humanas.

Com o intuito de que essa pesquisa permitirá uma nova leitura sobre a assistência de enfermagem obstétrica e que contribuirá para o seu fortalecimento, bem como para o bem-estar e o estar-melhor da mulher que vivencia o processo de parir, assim como, permitirá melhor

organização do serviço de enfermagem na instituição, priorizando a atenção à mulher no processo de parir, e, quiçá, venha a contribuir para o reconhecimento do papel da enfermeira obstétrica pela mulher, protagonista no processo de parir. Acreditando também que este estudo permitirá o entendimento da singularidade e dos pressupostos que essas mulheres trazem de suas experiências anteriores, as influências socioculturais e outros achados, os quais certamente poderão contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem. Assim, esta pesquisa tomou corpo e se tornou imprescindível neste processo de mestrado.

## **2 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: O ESTADO DA ARTE**

Neste capítulo, empreendo uma revisão da literatura na forma narrativa tradicional, definido por Rother (2007), como sendo as publicações amplas e apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual.

Trentini e Paim (2004, p.15) afirmam que “a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado.”

Para tal, empreendi uma busca em bases de dados nacionais em enfermagem, tais como: LILACS, BDENF, Pubmed, além da busca direta em alguns dos principais periódicos brasileiros indexados e que constam da biblioteca eletrônica da SciElo (Scientific Electronic Library Online), bem como buscou-se manuscritos publicados em periódicos de enfermagem disponíveis na biblioteca da UFSC, visando complementar a pesquisa no período programado. Tal busca em periódico abrangeu as seguintes publicações: 1. Revista Brasileira de Enfermagem, 2. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 3. Revista Baiana de Enfermagem, 4. Revista Gaúcha de Enfermagem, 5. Revista Texto & Contexto Enfermagem, 6. Acta Paulista de Enfermagem, 7. Revista de Enfermagem da UERJ, 8. Cogitare Enfermagem, 9. Revista da Escola Paulista de Enfermagem, 10. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 11. Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, 12. Revista Mineira de Enfermagem.

Para abranger os aspectos históricos, a pesquisa de revisão incluiu também a base de dados científicos da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, periódicos, manuais, legislação, políticas e diretrizes do SUS, sistemas de informação, bem como livros específicos da área obstétrica, teses e dissertações à disposição em bibliotecas universitárias.

A consulta aos periódicos abrangeu o período de 1999 e 2008, utilizando os seguintes descritores: Enfermagem obstétrica, parto humanizado, trabalho de parto, parto normal, humanização do parto e parto. Foram levantados 92 artigos publicados nos últimos 10 anos.

Ao dar início à empreitada de conhecer o “estado da arte”, acerca da percepção da parturiente, sobre o processo de parir sob a assistência da enfermeira obstétrica, houve inúmeras dificuldades, pois ao



selecionar os descritores percebi uma quantidade considerável de produção científica e todos bastante importantes. Diante das leituras e releituras e apurando o seu olhar crítico e capacidade de síntese, houve evolução pessoal neste processo. Assim, dos 92 artigos selecionados e lidos por inteiro, foram classificados 34 artigos relacionados à percepção da mulher nas diferentes fases do processo de parir e em diversificados modelos de atenção à saúde, entre os quais três tratavam especificamente sobre a percepção da dor. Outros 9 artigos, manuscritos, documentos históricos, tratavam da percepção da enfermeira, dos acadêmicos da instituição em pauta e da equipe de saúde sobre o tema; 17 tratavam sobre as diferentes tecnologias de cuidado, desde o efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto à preservação perineal como prática da enfermagem obstétrica; 14 artigos de revisão da literatura, artigos originais, de relato de experiência e outros, enfatizando a política de humanização; 18 artigos abordando aspectos da sexualidade, questões de gênero e modelo assistencial.

Dos estudos analisados categorizei os seguintes temas e subtemas:

- A trajetória do nascimento, sua institucionalização e novas formas de cuidar da mulher no processo de parir;
- O profissional que assiste o parto. Quem é a enfermeira obstétrica neste processo?
- Os caminhos na formação da enfermeira obstétrica;
- A assistência dada por enfermeira obstétrica;
- Aspectos políticos, legais e sociais da assistência ao processo de parir no Brasil;
- A compreensão da mulher acerca do fenômeno do parto no contexto hospitalar;
- De dentro para fora e de fora para dentro no processo de parir e nascer;
- As percepções e significados da mulher sobre a parturição.

## 2.1 A TRAJETÓRIA DO NASCIMENTO, SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E NOVAS FORMAS DE CUIDAR DA MULHER NO PROCESSO DE PARIR

Na maioria das vezes, o nascimento é percebido pela sociedade, como um evento gerador de felicidade e faz parte do ciclo da vida da mulher. Historicamente, o nascimento sempre foi circundado por uma

atenção particular e, até o final do século XIX, a assistência à mulher grávida e ao recém-nascido era exercida essencialmente por mulheres (CARON; SILVA, 2002). Então, as mulheres detinham o poder sobre seu corpo, o nascimento ocorria no ambiente doméstico, rodeadas por suas famílias, assistidas pelas parteiras, que exerciam as tarefas ligadas à parturiente e ao seu concepto, proporcionando-lhes principalmente o repouso, higiene e alimentação. Assim, a assistência ao processo de parir sempre foi permeada pela solidariedade entre as mulheres, o que conseqüentemente desencadeou um processo gradual de acumulação de um saber essencialmente feminino (COSTA, 2000).

Rezende (1991) referiu que o relato mais antigo, o qual se tem registro no que se refere à assistência ao parto, é encontrado no Livro Sagrado, Gênesis, 25.17-18(1993), no qual a profissão de parteira teria sido exercida por Séfora e Fuá. Convém lembrar que a literatura nesse período da história da humanidade, revelou que as referências em relação à assistência ao parto eram totalmente subjugadas aos preceitos das influências religiosas (REZENDE, 1991). Na era Hipocrática (460 e 377 a.C.) houve a separação entre os preceitos da religião e da medicina. Delascio e Guariento (1981) assinalaram que a doutrina hipocrática depositava total confiança na parteira em seu ofício de auxiliar as mulheres na parturição, destinando ao médico apenas os casos de distócias (REZENDE, 1991).

Segundo Lima e Siebra (2006) até o século XVI, a parteira geralmente era oriunda da classe camponesa e gozava de grande prestígio social em sua comunidade, era uma autoridade em matéria de sexo, controle de fertilidade, concepção, gravidez e parto seguro. O saber das parteiras representava um poder ameaçador para a igreja, que tentava impor condições para se exercer esse ofício, como a obrigatoriedade de que a mulher não tivesse antecedentes imorais de comportamento e que adotasse a crença na religião católica.

No Brasil, as parteiras detinham o conhecimento empírico, passado como ofício de geração em geração. Pessoas de confiança e influentes na comunidade auxiliavam parturientes e promoviam apoio emocional e espiritual (MOREIRA; ARAÚJO; QUEIROZ et al., 2007). O parto deixou de ser um assunto de mulheres, com as novas descobertas científicas da Idade Moderna, quando a ciência voltou seu olhar de curiosidade sobre esse processo (MALDONADO, 2002; MELLO, 2003).

Na Inglaterra do século XVII, ganharam força as teorias e os escritos médicos, nos quais aliaram o corpo da mulher como uma máquina defeituosa, vendo a gravidez e o nascimento como situações

que representavam um risco iminente à integridade física, caracterizados como momentos de dor e sofrimento, necessitando assim, de intervenção qualificada (BERRIOT-SALVADORE, 1990). As diferenças anatômicas e fisiológicas entre homens e mulheres eram associadas à fragilidade e à inferioridade do corpo feminino (DINIZ, 1996).

Em 1630, nos escritos de Rousset, registros demonstraram a viabilidade da cesariana (BERRIOT-SALVADORE, 1990). Em 1677, Chamberlein, descobriu e utilizou o fórceps (OLIVEIRA et al., 2001), ou seja, a moderna obstetrícia já iniciava sob tutela médica e masculina. No século XVIII, surgiram as maternidades-escola, o que contribuiu para a medicalização completa do parto e do nascimento, uma vez que eles já eram reconhecidos como fenômenos patológicos (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Com a criação de universidades no Período Renascentista, a prática médica foi legitimada, o saber acumulado pelas parteiras, curandeiras e herboristas passou a ser uma atividade suspeita (VIEIRA, 2002). Assim, no século XIV a XIX, em toda a Europa, o trabalho feito pelas parteiras foi duramente perseguido pela ação conjunta da corporação médica e das igrejas Católica e Protestante (COSTA, 2000).

Na Europa do século XVIII, a mortalidade materna era elevadíssima e a mudança do local do parto para o hospital não contribuiu para a diminuição, mas foi essencial para a descoberta de antibióticos, de técnicas cirúrgicas e uso de anestésicos, além da consolidação da prática médica neste campo. O maior obstáculo para a hospitalização do parto foi à ocorrência de infecções puerperais nas mulheres ali atendidas. Durante o século XIX, com as descobertas científicas em relação à bacteriologia e a antimicrobianos, utilização de assepsia nas salas cirúrgicas e anestésicas, a lavagem das mãos resultou na diminuição da mortalidade materna, melhorando a aceitação dos hospitais como local para parir (VIEIRA, 2002).

Logo após a Segunda Guerra Mundial, o parto saiu do universo feminino e domiciliar e passou a acontecer no ambiente hospitalar, afastando a mulher da sua comunidade e conseqüentemente perdendo a sua identidade, raízes, roupas e a presença de sua família (MOREIRA et al., 2007). A descoberta do mecanismo da ovulação foi o marco na transformação da assistência à mulher, considerada frágil e com isso necessitando de cuidados médicos, estabelecendo-se aí a Obstetrícia como saber científico, desqualificando o saber empírico das parteiras (MALDONADO, 2002).

Com a popularização do fórceps, nos séculos XIX e XX, a

participação masculina no cenário do parto se consolidou e tornou-se predominante. O parto tornou-se técnico, científico e inevitavelmente um ato médico (BRENES, 1991 apud KRUNO; BONILHA 2004). Assim, pode-se compreender a herança internalizada do estigma da submissão feminina, refletindo-se, atualmente, no comportamento da mulher diante do processo de parir (KRUNO; BONILHA, 2004). Pois, os homens se “apoderaram” do nascimento, entrando no mundo das mulheres, trazendo as luzes da razão, na tentativa de desvelar o então impenetrável mistério do nascer. Então, o brilho e o mistério do nascimento foram diminuídos, pois médicos/homens transmitiam à mulher que ela era incompetente e dependia do saber médico e do poder masculino para dar à luz (JONES, 2004).

Com a institucionalização do parto, as parteiras, agora diplomadas, passaram a atuar nos hospitais, subordinadas à autoridade médica. Somente no final do século XX, os médicos passaram a propor a formação profissional de parteiras e que fossem também enfermeiras. Assim, desejavam controlar o espaço da prática independente da parteira, limitando e controlando sua ação na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida às enfermeiras, principalmente, no hospital (RIESCO; TSUNECIRO, 2002). No Brasil, a exemplo do que vinha ocorrendo em outras partes do mundo, a classe médica estava empenhada em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e a disputar a clientela da parteira (MOTT, 2002). As estratégias corporativistas para domínio do conhecimento técnico e controle do mercado de trabalho, era interesse da medicina que lutava por sua profissionalização, e temia a concorrência desleal (MOTT, 2002).

A partir de 1940, foi intensificada a hospitalização do parto, o que permitiu a medicalização e o controle do período gravídico puerperal. O parto, antes tido como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde, com a presença de vários atores conduzindo este período (MOURA et al., 2007). No contexto hospitalar existem normas e rotinas que transmitem e ditam as regras de como a parturiente deve se comportar, durante a sua internação no centro obstétrico, a assistência é permeada por rituais e exigências hospitalares que nada têm a ver com o sonhado por ela, já que é privada de sua autonomia, fica sozinha, restringida em sua deambulação, não podendo expressar a sua dor, e consequentemente, sente-se muito angustiada. A mulher é despida de sua individualidade e passa a ser vista como paciente, submetida à vários exames, diagnósticos diferenciados e procedimentos invasivos que poderiam ser dispensáveis (GAIVA; TAVARES, 2002).

Por considerar o útero como ator no nascimento, o profissional expõe, invade, manipula a parturiente, mas sendo esses procedimentos interpretados pela parturiente como normais e necessários. Então, a medicalização neste aspecto se caracteriza pela substituição do cultural pela tecnologia, entendendo-se neste caso, como equipamentos e intervenções (MOREIRA; ARAÚJO; QUEIROZ, 2006). Conseqüentemente, a institucionalização do parto obriga a presença quase que exclusiva do médico na assistência e o aumento abusivo nas taxas de cesarianas, bem como a falta de humanização e a ausência do pai ou outro familiar na hora do nascimento, exacerbando o sentimento de medo, sofrimento e abandono na parturiente (MACEDO et al., 2005).

Não se pode negar que a obstetrícia produziu grandes avanços no conhecimento sobre o processo de gestar e parir, sobre as patologias obstétricas e seus tratamentos, mas, também produziu a medicalização e tirou a autonomia da mulher no processo de parir (CAPARROZ, 2003). A evolução da tecnologia obstétrica permitiu uma assistência mais sofisticada, reduzindo riscos maternos e fetais, porém, infelizmente, resultou em profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais (MALDONADO, 2002). No entanto, esse não é um discurso contra a tecnologia ou o hospital, mas uma reflexão, pois a mulher não é só uma reprodutora, sobretudo é um ser total e deve ser tratada como tal. Parir não é só uma forma de construir outra vida, mas de tratar a vida da própria parturiente. Caparroz (2003), afirma que a responsabilidade de quem assiste as parturientes é a de facilitar o processo natural.

Insatisfeitas com o tratamento oferecido às mulheres, segundo Diniz (1996), surgiram, no século XX, os movimentos feministas que buscavam resgatar o respeito e o valor da mulher na sociedade, dando origem aos movimentos de humanização do parto e nascimentos conscientes, tentando remodelar a visão da mulher frágil e incapaz de parir sem a presença do excessivo aparato tecnológico (DINIZ, 1996).

Com isso, várias ações a nível internacional e nacional são deflagradas buscando a humanização desta assistência, as quais serão abordadas a no próximo subitem. Mesmo com todo o esforço do Ministério da Saúde brasileiro, com o Programa de Humanização do Parto Normal (PHPN), a assistência ao nascimento está muito arraigada ao contexto hospitalar, pois existe acesso à tecnologia de “ponta” para realizar diagnósticos, terapêuticos e assistenciais, mantendo, de certa maneira, seu caráter intervencionista, resistindo à aproximação da família nessa vivência.

Essa cultura do paradigma tecnocrático ainda faz com que alguns profissionais de saúde dêem pouco valor, ao que a publicação da

avaliação científica das práticas de assistência à mulher, durante o parto, evidenciou como eficiente e segura, ou seja, um mínimo de intervenção sobre a fisiologia. Para a Organização Mundial da Saúde: “o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis, com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p.04). Sendo que os profissionais de saúde deverão ter uma justificativa válida para intervir sobre o processo natural.

A política pública de humanização na assistência ao parto e nascimento é resultado de mobilização popular e de profissionais de saúde, associações do tipo não-governamentais e redes de movimentos, que adotaram uma posição crítica frente ao modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, isto porque realizaram encontros e refletiram sobre o que seria um atendimento “humanizado” neste contexto.

Surgiu então o seguinte conceito de humanização: é a atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e ao apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra o abuso e a negligência (REHUNA, 2009).

Ou seja, conforme Diniz (2001): é respeitar à fisiologia humana, rejeitando as condutas tecnicamente irresponsáveis, negligentes, antifisiológicas e arriscadas; é atender às dimensões das relações humanas, sociais, psicológicas, familiares, entre outros, em oposição à frieza do ambiente hospitalar.

Nessa concepção de assistência, a mulher é a protagonista de seu processo de parir, sustentada no respeito e na sua liberdade de escolher onde, de que forma e como quer ser assistida. Como pensar numa assistência em que sejam abolidas as condutas arriscadas e inúteis para a obtenção de resultados positivos? Desconstruir a maioria das rotinas que representam riscos é o primeiro passo (REICHARD, 2007).

Para a OMS, 70% a 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto. Considera como responsabilidade dos profissionais de saúde: 1) dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no nascimento e logo após o parto; 2) observar a parturiente, monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; 3) avaliar os fatores

de risco e detectar problemas precocemente; 4) realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; 5) prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento; 6) encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem (OMS, 1996).

Nesta linha de pensamento vislumbrou-se a participação da enfermeira obstétrica como a profissional preparada para assistir a mulher no processo de parir de baixo risco, pois diferente de muitos profissionais que são adeptos à medicalização e intervenções as enfermeiras obstétricas, na sua maioria, superam esse modelo de assistência e desenvolvem habilidades não invasivas, que são peculiares do modelo humanizado feminino e desmedicalizado de assistência ao parto (VARGENS; PROGIANTE; SILVEIRA, 2008).

No Rio de Janeiro, na década de 90, foi iniciada a implantação da Política de Humanização do Parto e do Nascimento e uma das estratégias foi à utilização de enfermeiros obstétricos nos partos de baixo risco. Com isto mudam também as práticas de rotinas institucionais (SILVA et al., 2005). A casa de parto, como estratégia de mudança do modelo se caracteriza por: valorização da presença do parceiro/acompanhante favorecendo o sentimento de compartilhamento; acolhimento da mulher/família pelo profissional e pelo serviço; valorização do grupo de gestante; profissional não é desconhecido; ambiente acolhedor, “diferente” do hospital; valorização do manejo da dor com recursos não-farmacológicos; a redescritção da dor; valorização da presença da enfermeira; postura ativa da mulher, dona de seu próprio corpo, como protagonista de seu próprio parto; parto como vivência prazerosa; satisfação com o atendimento, comprovado pelo retorno à Casa de parto para ter outros filhos; relação de simetria entre profissional e usuária (DINIZ, 2005).

## 2.2 O PROFISSIONAL QUE ASSISTE O PARTO. QUEM É A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NESTE PROCESSO?

A seguir há uma explanação, segundo várias autoras, de como se deu o processo de formação e “conquista de espaço” da enfermeira obstétrica no Brasil.

### 2.2.1 Os caminhos na formação da enfermeira obstétrica

No Brasil, o ensino formal de parteiras foi criado em 1932 e ocorria no espaço das escolas médicas, concedia-lhes o título de "parteira" (também conhecida como obstetritz) e a única exigência para o exercício profissional era o pagamento das taxas (OSAWA; TANAKA, 1997).

Segundo Osawa e Tanaka (1997), quase 100 anos após, o título de parteira foi modificado para o de "enfermeira obstétrica", em decorrência à criação da profissão de enfermeira, em 1923. Porém, a concessão do título de "enfermeira" por escolas médicas provocou uma celeuma entre enfermeiras e parteiras. A primeira reivindicava que o curso de enfermagem fosse pré-requisito para ingresso no curso de parto; enquanto a parteira defendia que a enfermagem e a obstetria eram profissões afins, porém distintas, e cujo curso de partos deveria permanecer sob a tutela médica.

Com a Reforma Universitária de 1968, que tinha como um objetivo o de evitar a duplicidade de cursos com finalidades semelhantes, encerrou o curso de parteiras oferecido pelas escolas médicas. Ficou então, exclusivamente, sob a responsabilidade das escolas de enfermagem a capacitação formal de não-médico para assistência ao parto normal e ao nascimento (RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

A duplicidade de profissões - *parteira* (obstetritz) e *enfermeira obstetra* - significava, em sua essência, dois modelos de formação profissional: o modelo europeu, ligado às escolas médicas, e o modelo norte-americano, ligado às escolas de enfermagem. A mudança de tutela destruiu um paradigma profissional, de autonomia e de formação voltada exclusivamente para prática de atenção ao parto (OSAWA; TANAKA, 1997, p.103).

Em 1943, para ser aluna no curso de obstetria, a candidata deveria ter o diploma de enfermeira e em 1949 esse título correspondia à especialização em Enfermagem Obstétrica, seguindo a legislação do ensino de enfermagem. Esse projeto tornou-se paradigma para outros cursos, que foram criados posteriormente, no Brasil (OSAWA; RIESCO; TSUNECIRO, 2006).

Com a fusão dos currículos, a opção de habilitação em



“Obstetria” deixou de existir no ingresso à universidade, sendo postergada para o último ano do curso e, apesar da denominação de Enfermagem e Obstetria, poucas escolas ofereciam esta formação. Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações extintas, restando à especialização em enfermagem como único curso previsto para formação específica de profissionais não-médicos na área obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A constatação desanimadora foi de que as enfermeiras especialistas não se sentiam estimuladas a permanecer no campo da assistência ao parto, pois em estudo realizado com 45,5% das egressas do curso de obstetria da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, em 15 anos de formação (de 1980 e 1995), constatou que a metade delas não exercia a habilitação em enfermagem obstétrica (MERIGHI; MERIGHI, 2003). Em 1983 a enfermeira obstétrica ou obstetrix ocupava apenas 5% dos cargos de enfermeiros no Estado de São Paulo, sendo o melhor índice nacional.

Somente a especialização em enfermagem obstétrica tem sido incapaz de produzir o impacto tão esperado na qualidade e no modelo de assistência ao parto. Todos os organismos oficiais, educacionais e serviços de saúde precisam estabelecer parcerias para pesquisar, estabelecer e desenvolver modalidades de capacitação formal de parteiras nos diferentes níveis de graduação de obstetrixes, especialização de enfermeiras, treinamento de auxiliares de enfermagem e de parteiras tradicionais (RIESCO; FONSECA, 2002).

Porém, mais importante que o tipo de preparação para a prática oferecida por qualquer governo, é a competência e a capacidade da enfermeira obstétrica de atuar de forma decisiva e independente.

A enfermagem obstétrica é uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres, num sistema de saúde com imensas desigualdades nas condições de acesso às usuárias e na qual há forte hegemonia do profissional médico. Os fatores como, mudanças amplas no sistema de saúde e na sociedade em geral, avanços do modelo econômico, com incremento da urbanização, da tecnologia, entre outros aspectos da vida humana, são, em última instância, os responsáveis pela consolidação da representação social da enfermeira obstetra na sociedade (RIESCO, 1998, p.14).

A formação da enfermeira obstétrica tem sua função voltada para dar maior ênfase aos aspectos fisiológicos do parto, assim como, atenção aos aspectos socioculturais e emocionais, privilegiando a

formação baseada na compreensão do fenômeno singular que é o parto, como evento saudável da vida e de alto significado (DIAS; DOMINGUES, 2005). Ela é também uma das profissionais mais apropriadas para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco.

Estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico dos batimentos cardíaco-fetais e, menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar (MERIGHI; GUALDA, 2002, apud KLEIN; LOYD; REDMAN et al., 1983).

Apesar de haver prerrogativa legal para a atuação da enfermeira obstétrica, amparada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, regulamentada através do Decreto-Lei nº 94406/87, e das atuais Portarias do Ministério da Saúde que institucionalizam o procedimento da realização do parto normal, tal fato esbarra na institucionalização da função médica, segundo o qual o profissional incumbido de assistir o parto é o médico (BRASIL, 1986).

Em maio de 1998, o Ministro da Saúde, BRASIL (1998a) rompeu com o sistema hegemônico, assinou a Portaria nº 2815 e reconheceu a importância da realização do trabalho de parto e do parto assistido pela enfermeira obstétrica (MERIGHI; MERIGHI, 2003).

A Portaria, referida anteriormente, de 29 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, baseada na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, define as atribuições do (a) enfermeiro (a) na área obstétrica, apontando inclusive remuneração a serem pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em partos assistidos por enfermeira, bem como a reativação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) (BRASIL, 1998a).

Dessa forma, concordo com Osawa e Tanaka (1997) quando dizem que a opção em limitar a atuação na obstetrícia à especialização em enfermagem respondia aos interesses hegemônicos da medicina, pois consideravam a enfermeira obstétrica como auxiliadora do médico, servindo aos interesses daquela categoria profissional.

### 2.2.2 A assistência dada por enfermeira obstétrica

Caparroz (2003), ao abordar a assistência ao parto proporcionada pela enfermeira obstétrica identifica que, a exemplo da parteira que atua no domicílio e dos médicos que atuam nos hospitais, a enfermeira obstétrica também precisa de um espaço para sua atuação, sendo os “centros de nascimento” uma alternativa e uma experiência que vem crescendo em vários países como EUA e também no Brasil. Outra estratégia que teve êxito, no Reino Unido, é o sistema de “responsabilidade compartilhada” por obstetrias, médicos do hospital e médicos de família. Nessa experiência, as mulheres atendidas pela enfermeira obstétrica tiveram menos parto induzido e menos episiotomia e se manifestaram mais satisfeitas com a assistência recebida (TURNBULL, 1997).

Sob a perspectiva das questões de gênero e poder na assistência obstétrica, há uma expectativa de que o/a obstetra atue conforme de forma independente, dominante, racional, duro, insensível e autoconfiante, características do estereótipo masculino; enquanto que as parturientes representam os estereótipos femininos, ou seja, são emotivas, charmosas, dependentes, fracas, submissas, sensíveis e gentis (ÂNGULO-TUESTA, et al., 2003). Os mesmos autores reforçam que todos os profissionais gostariam de oferecer melhor atendimento às mulheres, mas existem interesses contraditórios que resultam de enfoques diferentes sobre o processo do parto e a utilização de procedimentos, levando à intervenções desnecessárias que podem ser danosas à saúde da mãe e do bebê. De modo geral, as enfermeiras atendem o parto respeitando-o como um processo fisiológico, ou seja, assistindo-o com pouca ou nenhuma intervenção, valorizando os aspectos emocionais e o bem-estar geral da parturiente.

Para as enfermeiras a assistência prestada por médicos aparentemente é excessiva em intervenções e insuficiente em cuidados, enquanto que para médicos, a assistência prestada pelas enfermeiras é insuficiente em intervenção e excessiva em cuidados. Essas visões divergentes refletem o paradigma do modelo assistencial reforçado na formação profissional (RATTNER, 1998).

No paradigma americano ou tecnocrático percebe-se que o núcleo do sistema de valores da sociedade norte-americana está fortemente orientado pela ciência, a alta tecnologia, o benefício econômico e pelas instituições governadas patriarcalmente (DAVIS-FLOYD 1992). Segundo a mesma autora, apesar das pretensões de rigor científico, o

sistema médico norte-americano está menos embasado na ciência que em seu amplo contexto cultural. Assim, a tecnomedicina incorpora as bases e crenças da sociedade que a criou. Uma sociedade tecnocrática é hierárquica, burocrática e está organizada ao redor de uma ideologia de progresso tecnológico. Durante o treinamento de médicos norte-americanos, eles são “embebidos” neste modelo e reproduzem em sua prática médica os princípios do mesmo, ou seja, são formados para tratar separadamente mente e corpo. Ao considerarem o corpo como uma máquina, vêem o paciente como objeto, ocorre o distanciamento do médico de sua paciente, o diagnóstico e o tratamento são realizados de fora para dentro (curando enfermidades, reparando disfunções). Ainda a organização hierárquica e a estandarização do cuidado, a autoridade e a responsabilidade são inerentes ao médico, não ao paciente. Portanto, há uma supervalorização da ciência e da tecnologia, as intervenções agressivas são justificadas pelos resultados de curto prazo, a morte é sentida como derrota, o sistema é guiado pela ganância e existe uma intolerância a outras modalidades de terapias.

No paradigma humanista os profissionais têm intenção de tratar as pacientes com compaixão e respeito, pois procuram agregar as dimensões interpessoais da emoção ao técnico. O modelo humanista é tanto uma atitude como um paradigma e pode ser descrito da seguinte maneira: conexão entre o corpo e a mente; o corpo como um organismo, o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado amável entre médico e paciente; diagnóstico e emoção de fora para dentro e de dentro para fora; equilíbrio entre as necessidades e a instituição das necessidades individuais; informação, tomada de decisão e responsabilidade compartilhadas entre o cliente e o profissional; ciência e tecnologia equilibradas com o humanismo; enfoque para a prevenção da enfermidade; a morte como um resultado aceitável; cuidado conduzido pela compaixão; abertura mental para outras modalidades (DAVIS-FLOYD, 1992).

Davis Floyd (1992) descreveu o paradigma holístico como aquele que contempla desde a terapia nutricional às modalidades tradicionais de tratamento, tais como da medicina chinesa e vários métodos que afetam diretamente a energia pessoal. Dada à natureza fluida do holismo, não existe uma descrição totalmente exata, porém pode-se identificar como sendo: há unidade de corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema de energia interconectado com outros sistemas de energia, tratando a pessoa por completo no contexto de sua vida inteira; há unidade essencial entre o profissional e o paciente, o diagnóstico e o tratamento de dentro para fora; há estrutura organizacional em rede, o que facilita a

individualização do trabalho; há autoridade e responsabilidade como inerentes a cada indivíduo; a ciência e a tecnologia colocadas a serviço do indivíduo; há um enfoque de longo prazo na criação e manutenção da saúde e do bem-estar; a morte como um passo no processo; o tratamento como enfoque; o embarque de múltiplas modalidades de tratamento.

Trazendo mais especificamente para a assistência obstétrica, as características seguintes resumem as principais diferenças entre o modelo americano e o europeu.

Paradigma americano: modelo adotado pelo Brasil, Estados Unidos e México. O enfoque principal está na visão de risco potencial; o médico está no centro das decisões; utiliza-se de tecnologias invasivas; caracteriza-se pelas altas taxas de cesáreas e outras intervenções; o parto ocorre no hospital; o médico é o profissional responsável pelo parto eutócico (RATTNER, 1998).

Paradigma europeu: modelo adotado pela Inglaterra, França, Dinamarca, Suécia, Holanda e Japão. O enfoque principal no parto como um processo fisiológico; a mulher está no centro das decisões; utiliza-se das tecnologias apropriadas; caracteriza-se pelas baixas taxas de cesárea e intervenções; o parto ocorre na casa de parto, domicílio ou hospital, dependendo da indicação; a parteira é tida como membro da equipe (RATTNER, 1998).

As enfermeiras obstétricas são adeptas às práticas do parto e nascimento humanizados, pois no estudo de Castro e Clapis (2005) verificou-se que elas entendem o parto como um processo e não apenas um evento; que a implantação da humanização do parto e nascimento se deu por imposição da política governamental, a qual tem como objetivos a diminuição das taxas de cesarianas e a melhoria da assistência à mulher. As enfermeiras percebem que para isso acontecer há necessidade de mudança de paradigma, na qual se inclua a mulher como protagonista do processo.

Nas instituições em que o paradigma americano prevalece, o que efetivamente as enfermeiras conseguem realizar é somente dar apoio e orientação através dos cursos de gestante. Elas procuram também oferecer medidas de conforto como ambiente calmo e banho, facilitar a presença do acompanhante e evitar intervenções como a tricotomia, enema e uso de ocitocina. As mulheres precisam ser educadas, dando a elas estímulo para serem protagonistas de suas vidas, incluindo não só a vida reprodutiva, mas também seu empoderamento, para se fortalecerem diante da discriminação e da violência (BRUGGEMANN, 2001).

Segundo Davis-Floyd (1998), os rituais costumam fazer parte da prática das pessoas para lhes dar a sensação de ordem, de estabilidade e

de controle. Na atenção ao parto e ao nascimento a incerteza e o caos estão presentes na prática diária. O fato de o profissional médico obstetra apegar-se e utilizar as rotinas dão-lhe a possibilidade de demonstrar sua competência, serve para controlar o medo e aumentar a autoconfiança sobre as situações que de forma geral são imprevisíveis.

O modelo hospitalar é exatamente aquele que intervém com toda a tecnologia e segundo Odent (2002), com o objetivo de amenizar, de impedir os riscos, desencadeia outros ainda maiores, tendo como consequência, não raro, uma cesariana de urgência. É também aquele que inclui na conduta destinada ao alto risco, todas as mulheres, independente se tiveram uma gestação tranqüila e saudável.

Luz (2002) comentou que, hoje, apesar da proposta atual do Ministério da Saúde brasileiro, ainda não se encontra no patamar desejado de implantação, observa-se que velhos paradigmas da assistência ao parto institucionalizado estão sendo questionados, outros se encontram muito arraigados, proporcionando um repensar de novas formas, menos autoritárias, sobretudo tornando o parto um procedimento mais seguro, menos doloroso e principalmente, respeitando os desejos e os direitos da mulher.

No Brasil, desde 1998 a Maternidade Amparo Maternal, em São Paulo, tem valorizado a atuação das enfermeiras obstétricas com ótimos indicadores da saúde materna e perinatal, assim como na maternidade do Hospital Geral de Itapeverica da Serra - SP, na qual o parto se desenvolve em ambiente menos clínico, com a presença da família, (CAPARROZ, 2003), são algumas de muitas experiências valorosas por todo o país.

Mas nem tudo são conquistas, bem como nem todas as conquistas ocorrem sem suor ou lágrimas, pois ao mesmo tempo em que a corporação médica, por meio do Conselho Regional de Medicina, entra com ação no judiciário visando impedir o trabalho nas casas de parto, vê-se reconhecida a proposta de casas de parto como efetivamente propiciando a humanização, quando, por exemplo, em 2005, a Casa de Maria, de São Paulo, foi agraciada com o Prêmio Galba de Araújo, do Ministério da Saúde (RATTNER, 2005).

A atuação da enfermeira obstétrica contribui para a diminuição de cesárea e episiotomia, tendo como razões entre outros, o estímulo à deambulação, a presença e o cuidado constante ao lado da parturiente, o que possibilita menor incidência de sofrimento fetal e diminuição da duração do trabalho de parto (OSAWA, 1996). A mesma autora aponta que os benefícios da redução das taxas de cesárea não podem ser obtidos com assistência ao parto dada por enfermeira obstetra, quando ela é um

satélite do médico, porque essa prática assistencial não é uma alternativa ao modelo hegemônico, pelo contrário, da maneira como estão estruturadas as maternidades tradicionais, o papel da enfermeira obstetra está condicionado ao de satélite do médico.

Se quisermos um modelo de cuidado que privilegie a participação ativa da mulher no processo de parturição, é preciso reavaliar nossa postura ante o modelo hegemônico e verificar o quanto profissionalmente podemos crescer e ganhar autonomia com essa nova possibilidade de campo que é a assistência ao parto em centros de nascimento ou Casas de Parto. Assim, além de estarmos possibilitando uma alternativa segura de assistência às mulheres que querem viver mais intensamente o parto, como protagonistas desse processo, também estaremos dando uma assistência mais condizente com nossa formação profissional (CAPARROZ, 2003, p. 46-47).

No estudo de Figueredo et al. (2004), foi apontado que a enfermeira obstétrica identifica a violência no cuidado desconfortante e na invasão de privacidade, pois impede os sujeitos que estão sendo cuidados de se sentirem sujeitos de seus próprios corpos. A responsabilidade profissional das enfermeiras é percebida na sala de pré-parto, quando as parturientes se tornam impotentes e se colocam em suas mãos, já que elas detêm o poder instituído pela lei do Exercício Profissional para invadir aquele corpo que elas desconhecem. A legitimidade contida nos procedimentos de cuidar afirma-se como rotina cotidiana e a violência é uma realidade porque é uma necessidade instituída - são técnicas, procedimentos/comunicação que desvelam condutas denotadoras de poder sobre o corpo da parturiente. Essa constatação das enfermeiras é um reflexo das dificuldades que elas têm em romper com o paradigma tecnocrático da assistência ao parto, pois elas se sentem enfraquecidas pela posição da mulher, mulher essa que também foi socializada no paradigma tecnocrático e não se percebe como protagonista em seu processo de parir.

É neste momento que a enfermagem diz que é preciso dar atenção à mulher e “não só o atender ao útero... pensando em seu aparelho reprodutor, mas na mulher inteira com suas características pessoais e sentimentos próprios” (ÁVILA, 1998, p.56).

As enfermeiras sabem que o carinho e o bom trato durante o trabalho de parto é a terapia certa e que muito pode ajudar a mulher. Contudo, esse cuidado começa no primeiro mês de gestação e termina

na sala de parto, quando o bebê nasce (FIGUEREDO et al., 2004).

O estudo de Merighi e Merighi (2003), aplicado a 30 enfermeiras obstétricas que atuavam em centro obstétrico de maternidades da cidade de São Paulo sobre a satisfação com a profissão, constatou que 7,7% estavam insatisfeitas, alegavam que não tinham autonomia profissional, tinham baixa remuneração, sobrecarga de serviço, não eram reconhecidas profissionalmente, tinham suas atividades muitas vezes, definidas em função da comodidade do obstetra e que a enfermeira obstétrica deveria atuar mais na sala de parto. Esses resultados permitem refletir sobre melhores condições de trabalho e organização de estratégias a fim de que possamos resgatar o parto como um acontecimento fisiológico e humanizado.

Mais recentemente no estudo de Santos et al., (2008) realizada com 70 enfermeiros egressos do curso de especialização em enfermagem obstétrica da UFSC concluídos em 2000, 2001 e 2003 chama a atenção o fato de não ter ocorrido uma redução estatisticamente relevante na atuação dos egressos no centro obstétrico, o que pode significar uma aderência às atividades assistenciais relativas ao trabalho de parto e parto. “Este resultado pode ser decorrente do contexto político e assistencial do MS brasileiro, que regulamenta a realização do parto sem distócia pelo enfermeiro e aprova o laudo de enfermagem para emitir autorização de internação hospitalar” (BRASIL apud Santos et al., 2008, p.60).

A atuação da enfermeira obstétrica é considerada com uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Diante das possibilidades éticas e legais a enfermeira tem ampla atuação no acompanhamento do parto e nascimento. No entanto, há necessidade de suscitar nesta profissional a necessidade social, política e ética de uma atuação mais efetiva e mais consciente para uma assistência de qualidade à mulher no processo de parturição (BARROS, 2004). O referido estudo identificou que a atuação dessa enfermeira, na assistência ao processo de parir, significa ter uma participação mais efetiva junto à parturiente, tomando atitude e influenciando a ação e o comportamento da mesma. Este significado foi representado como cuidado solidário, ou seja, quando ao prestar cuidados, a enfermeira demonstra compreensão, respeito, solidariedade; fornece apoio, orientação e incentivo, e, o cuidado obstétrico, ou seja, aquele prestado pela enfermeira quando realiza o monitoramento do trabalho de parto e o parto. Evidenciou-se ainda que, por imposição das rotinas institucionais, a enfermeira envolve-se com atividades administrativas que absorvem a maior parte de seu tempo, além das burocráticas que a



instituição julga ser de competência única e exclusiva da enfermeira.

Para Vargens, Progianti e Silveira (2008) as enfermeiras procuram superar o modelo intervencionista e desenvolvem habilidades não invasivas, as quais são peculiares do modelo humanizado feminino e desmedicalizado de assistência ao parto.

Para a Organização Mundial de Saúde é essencial que métodos não-farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Neste âmbito se incluem massagens, movimentações livres, exercícios respiratórios e a utilização de água em banhos de aspersão e imersão. Tais práticas são classificadas pela OMS como **Categoria C** – *práticas em relação às quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão* (OMS, 1996). Atualmente já foram publicadas pesquisas que apontam o benefício dessas práticas, porém ainda há necessidade de realizar mais estudos para ser aceito cientificamente.

Rodrigues, Silva e Fernandes (2006), no estudo sobre a interação enfermeira x parturiente, referem que esta ocorre em três momentos: no pré-parto, cuja assistência atendeu as necessidades fisiológicas, como conforto, higiene, repouso, atividade e monitorização do bem-estar materno e fetal; as necessidades psicossociais foram atendidas com cordialidade, apoio e orientações sobre a evolução do trabalho de parto e exercícios para facilitar a progressão do mesmo. Durante o parto, além destas, houve a condução do parto, o acolhimento do recém-nascido e a promoção do vínculo entre mãe e filho.

Em relação à impessoalidade com que as mulheres são tratadas pelos profissionais de saúde, identificada no estudo de Caron e Silva (2002), as autoras também perceberam que o predomínio do tecnicismo, a pouca percepção e sensibilidade dos profissionais podem ser atribuídas ao fato, da assistência ser, muitas vezes, pensada e idealizada unidirecionalmente pelos profissionais, os quais determinam o que é melhor para o outro, não considerando a pessoa a quem se assiste como quem pensa, sente e, muitas vezes, tem plena condição de participar do processo que está vivenciando.

Portanto, salienta a importância do contato humano com as mulheres durante o processo de dar à luz, bem como a necessidade de uma companhia amiga, calorosa, humana e familiar.

Segundo Hoga (2004), ao realizar um procedimento técnico, que poderá ser necessário, se o profissional estiver preocupado em executá-lo de forma menos dolorosa, sua mente estará concentrada e imbuída desta intenção. Esse comando mental fará com que suas mãos se tornem

mais relaxadas e, desse modo, conseguirá concluir o procedimento de forma mais suave e menos dolorosa para o cliente. A mesma lógica é aplicável a todas as ações relativas ao cuidado, seja da esfera física ou psíquica (HOGA, 2004).

Um campo emergente da ciência que trata deste tipo de conhecimento, a psiconeuroimunologia, pode prover resultados importantes das intervenções para promoção da saúde e cura como o toque, a escuta e o atendimento das necessidades na perspectiva dos próprios clientes. O corpo humano possui uma farmacopéia de neuropeptídeos internos, secreções neuroendócrinas e respostas imunológicas que mantém a saúde e promovem a cura. O toque, a escuta empáticas e demais práticas que integram a essência do cuidado de enfermagem podem ser recursos fundamentais do processo de cura (HOGA, 2004, p.87).

### 2.3 ASPECTOS POLÍTICOS, LEGAIS E SOCIAIS DA ASSISTÊNCIA AO PROCESSO DE PARIR NO BRASIL

Paralelamente à formação da enfermeira obstétrica, vai se constituindo no cenário nacional, após muita luta de movimentos sociais, o modelo assistencial na saúde da mulher e da criança começa a registrar alterações. Contudo, as políticas públicas da saúde da mulher e da criança sempre enfatizaram mais o período gravídico- puerperal.

Das políticas públicas de saúde no Brasil, até o início dos anos 60, a institucionalização do parto foi uma das poucas ações públicas voltadas para a saúde da mulher. Somente em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pois implantou a assistência pré-natal, nos moldes que conhecemos na atualidade (BASSO, 2007).

O PAISM foi fruto do movimento feminista, do movimento pela democratização da Saúde e pela reforma sanitária, na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres, buscando superar a perspectiva materno-infantil hegemônica, na atenção à saúde. Mesmo assim lamenta-se que em muitos “serviços”, o programa limitou-se apenas às metas focalizadas e à assistência ginecológica e obstétrica tradicional (COSTA, 2002).

Diante dos vergonhosos indicadores da saúde materno-infantil, na década de 80, emergiram discussões sobre a situação feminina e sua inserção social nos serviços de saúde. Neste contexto vários órgãos governamentais e não governamentais passaram a questionar o aumento

da mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, motivando mudanças nas políticas de atenção à saúde da mulher (NOGUEIRA, 2006).

O quadro desfavorável na saúde materno-infantil não era exclusividade brasileira, despertando estudos científicos que culminaram em 1979, na Europa, com a revisão de cerca de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, surgindo então o conceito de Medicina Baseada em Evidência Científica. Segundo Diniz (2001), em 1985, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento adotou um conjunto de recomendações da OMS, acerca das técnicas de assistência ao parto, embasadas nos estudos anteriormente citados, sendo acordado que qualquer intervenção sobre a fisiologia deve ser feita somente quando há prova de que esta conduta é mais segura e efetiva que a não intervenção. Essas recomendações não levam em conta somente a evidência científica, mas consideram também os direitos das mulheres à informação e à decisão em questões de saúde-doença. A humanização da assistência ao parto é uma reivindicação dos setores mais avançados da área da saúde, preocupados com o crescente desequilíbrio entre tecnologia e relação médico-paciente (OMS, 1996).

No final da década de 80, segundo Tornquist (2002), surgiram associações do tipo não-governamentais e redes de movimentos, que adotando uma posição crítica frente ao modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, realizavam encontros a fim de refletir sobre o que seria um atendimento “humanizado” neste contexto.

“É importante ressaltar que a enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com os movimentos sociais feministas, em defesa do programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” (MOURA et al., 2007, p.453).

Em 1993, em Campinas-SP, reuniram-se leigas e profissionais de saúde de vários estados brasileiros que trabalhavam com gestação, parto e nascimento, para conversar e discutir sobre a situação do “nacer em sociedade”, refletir sobre as mudanças impostas pela sociedade na forma de parir e nascer, discutindo-os enquanto situações de violência e constrangimento durante toda a assistência à saúde reprodutiva, especialmente no parto e no nascimento. Como resultado desse encontro elaborou-se o documento “Carta de Campinas”, que representa o Ato de Fundação da Rede pela Humanização do Parto e nascimento (REHUNA) e com ela a proposta de repensar e modificar o atendimento à mulher na gravidez, no parto e no puerpério (REHUNA, 1993).

Entretanto, foi só em 1996 que o Ministério da Saúde, (BRASIL, 1996), publicou uma versão completa de pesquisas da Medicina

Baseada em Evidências em Perinatologia.

Visando normatizar as ações assistenciais do panorama obstétrico nacional, com a amplitude necessária a um atendimento de qualidade, o governo por meio da portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, BRASIL (2000), lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), caracterizado pelo olhar integral na assistência obstétrica e pela afirmação dos direitos da mulher.

Sobre as práticas do PNPB, Bonilha e Espírito Santo (2000, p.5), enfatizam que:

[...] tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico da parturição e nascimento de cada bebê, nos quais as ações dos profissionais de saúde devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, de modo criterioso, os recursos tecnológicos disponíveis.

Esse processo pró-humanização abriu espaço para o diálogo sobre a mudança de condutas e de procedimentos adotados nos serviços, priorizando o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de cesarianas; crítica aos procedimentos que levam à despersonalização da mulher à realização de operações cesáreas desnecessárias e incentiva o processo de parto ativo como um acontecimento fisiológico (NOGUEIRA, 2006).

Para a humanização do parto é fundamental a boa preparação da gestante para esse momento, que deverá ser iniciada precocemente durante o pré-natal. Assim, profissionais de saúde devem mobilizar esforços a fim de atendê-las de maneira humanizada. Para tanto, deve-se promover o acolhimento da mulher e de seu companheiro no serviço de saúde, fornecendo informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher e, sempre que possível, realizar uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros (BRASIL, 2001).

No Brasil, em 2000, foi iniciada uma campanha encabeçada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), para que a mulher tivesse direito ao acompanhante no parto. Esta campanha teve apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (BRÜGGEMANN, 2005).

Em 2005, o Plano Nacional de Direitos Sexuais demonstrou a

preocupação com a saúde integral da mulher e não apenas no ciclo gravídico-puerperal, englobando também políticas de atenção voltadas à mulher vítima de violência, bem como a legalização da Antecipação Terapêutica do Parto em situações especiais (BRASIL, 2005b). Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, considerando a necessidade de adotar medidas que garantissem o atendimento obstétrico e neonatal de qualidade como direito de toda mulher, estabelecendo princípios e diretrizes para o atendimento à mulher desde o pré-natal até o puerpério, com atenção às principais intercorrências obstétricas (BRASIL, 2005a).

Após 5 anos de mobilização social, o Congresso Nacional sancionou, pelo Presidente da República, a Lei de nº. 11.108 que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c). Esta lei pode ser considerada um dos primeiros passos dados pelo país na questão da humanização do parto. Embora a lei exista, há muita resistência de profissionais e instituições que alegam não possuir “estrutura” para atendê-la, razão pela qual o Ministério da Saúde deflagrou, em maio de 2006, uma campanha nas redes pública e privada de saúde sobre a existência deste direito (SILVA; TYRREL, 2005).

Sabe-se que os serviços de saúde só serão eficazes se levarem em conta os fatores sociais, econômicos, políticos, o imaginário social sobre o feminino e as relações de gênero, infelizmente pouco considerados na prática, desde a antiguidade até os dias atuais (BRASIL, 2003).

Percebe-se, segundo Basso (2007), que as políticas de atendimento obstétrico e neonatal vêm evoluindo positivamente na qualificação da atenção à mulher no período gravídico-puerperal, e apesar ainda da ênfase nos aspectos técnicos do atendimento, ressalta-se a tendência em adotar o ideário da humanização do nascimento e parto. No entanto, deve-se considerar o enorme fosso entre “política de atenção”, da “realidade prática” da atenção obstétrica, diante dos inúmeros problemas que afetam os serviços de saúde.

## 2.4 A COMPREENSÃO DA MULHER ACERCA DO FENÔMENO DO PARTO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Segundo Dibbits (2007), as principais características que

constituem o imaginário de grande parte das mulheres e suas famílias, quando socializadas no paradigma tecnocrático são: mulheres que não confiam em si mesmas; delegam a responsabilidade sobre elas aos provedores de saúde; não opinam sobre o lugar do parto: o ambiente clínico lhes dá segurança; as necessidades particulares da mulher são suspensas facilmente às necessidades dos (as) provedores (as); as mulheres “ajudam” e devem “colaborar” com o pessoal de saúde; têm medo da dor. Portanto, exigem ou aceitam facilmente a sugestão de dar a luz mediante cesárea com a anestesia peridural, sem contar com uma informação completa sobre os riscos e efeitos secundários. São facilmente vítimas da prática mercantil; fazem das “tripas coração” para ocultar seus sentimentos de pudor; o acompanhamento é cada vez mais valorizado, porque na maioria dos estabelecimentos públicos não se concede este direito. Considera-se um importante suporte emocional, mas não se informam que é sério e que o acompanhamento reduz a possibilidade de complicações.

Enquanto as mulheres socializadas no paradigma holístico possuem as seguintes características: têm muita confiança em sua intuição e capacidade de dar a luz; ficam inseguras ao delegar as decisões a outras pessoas, sobretudo se elas não conhecem e não respeitam seu modelo de atenção; preferem o parto no domicílio e têm muita desconfiança quando elegem como lugar do parto um estabelecimento de saúde, pois associam com a morte, o abandono, o frio, tanto ambiental como afetivo; as mulheres no modelo oposto são as protagonistas do seu processo de parir e se acostumaram a responder a todas as suas necessidades. As pessoas presentes no parto não “atendem”, e sim “ajudam”. A idéia da cesárea causa temor, não somente pelo risco, mas porque se consideram que o corpo nunca mais será o mesmo. A dor é suportável quando tomam chás específicos para facilitar o parto, quando recebem massagens, alento e carinho dos ou das acompanhantes; dão à luz, vestidas e geralmente cobertas por uma ou várias mantas; a parteira, familiares e o esposo conhecem diversos sinais que lhes indicam que o nascimento está próximo, a própria parturiente avisa quando está nascendo. A (provável) falta de respeito a sua intimidade é um dos fatores que mais desanima a se deixar atender por provedores de saúde do sistema oficial. O acompanhamento é considerado fundamental, especialmente da parteira; frequentemente se pensa que sua ausência pode causar complicações, inclusive a morte. É muito comum o comentário: “fazemos força juntas” (DIBBITS, 2007).

A institucionalização e medicalização, seguindo o modelo tecnocrático no processo de parir, fizeram com que a mulher fosse

despida de sua individualidade, autonomia e sensualidade. Além de que a obediência às normas e rotinas provocou a separação da família, remoção de roupas e objetos de cunho pessoal, ritual de limpeza como o enema e a não-deambulação transmitindo à mulher a incapacidade de parir sem esses aparatos tecnológicos e rituais sem embasamento científico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

As práticas adotadas pelo modelo hospitalar no parto “típico”, no qual a mulher dá a luz sem a presença do acompanhante, informa ao inconsciente da parturiente que ela está doente, que não é capaz de se cuidar, de comandar o processo pelo qual o seu corpo está passando, menos ainda, com o filho que ela terá. Diante disso, aumenta o medo, a adrenalina se eleva e, por consequência, diminui a ocitocina, hormônio que facilita o trabalho de parto. Tal cascata hormonal, causada pelo ciclo vicioso tensão-medo-dor, interfere diretamente na evolução do parto, levando à cesariana, devido à paralisação processo de parir (DINIZ, 2005).

A responsabilidade sentida pelo obstetra em “sacar a um bebê sadio”, muitas vezes faz com que se precipite o nascimento, resultando na imaturidade do bebê e consequências emocionais para a mãe e o bebê. A pressa, a falta de cuidado ao fazer que a mulher participe, leva ao sofrimento, algo muito diferente da dor. O sofrimento é sentido quando a mulher se sente só, abandonada, desprotegida e humilhada (REICHARD, 2007).

Conforme Diniz (2005), no chamado parto típico (ou modelo tecnocrático, segundo Davis-Floyd, 1992, que se caracterizou sistematicamente por: imobilização no trabalho de parto e durante o período expulsivo), a posição horizontal no parto é mais dolorosa, pois é contrária à natureza, e as pernas abertas e levantadas, popularmente conhecida como posição de “frango assado”, o que simboliza falta de respeito à privacidade e à dignidade humana. A indução com ocitocina injetável de forma rotineira, que tem por objetivo acelerar o processo de parir; a restrição ou proibição de acompanhantes; a episiotomia (rotina no Brasil e América Latina), o corte cirúrgico da musculatura e do tecido erétil da vulva e vagina; o fórceps nos primeiros partos (hospitais-escola); o uso disseminado da manobra de Kristeller (pressão sobre o fundo uterino); a dor iatrogênica são algumas práticas/consequências adotadas pelo modelo tecnocrático e intervencionista da assistência ao parto e ao nascimento.

O parto hospitalar no paradigma tecnocrático transmite à mulher constantemente, que seu corpo é incapaz de parir e quando é admitida num hospital, que a colocam numa cadeira de rodas, trocam-lhe a roupa

por uma roupa do hospital (camisola que expõem partes de seu corpo) reforçam ainda mais, o fato de que ela não é capaz de “ir com suas próprias pernas”, que deve se conformar e se despir de sua identidade pessoal.

As condutas de rotina, como a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) de rotina, que já foi regra mundial, é uma prática que não diminui a contaminação do “campo” no nascimento para o bebê, não havendo razão para realizá-la (SEROPIAN; REYNOLDS, 1971). Sobre isso, Davis-Floyd (1992), ainda refere que, a tricotomia e o diálogo no diminutivo transmitem de maneira subliminar, que a parturiente é uma criança, na qual a genitália deva ser tratada como infantil, portanto, é incapaz de decidir sozinha. Então o “todo poderoso” hospital, detentor do conhecimento, decide por ela, sendo tratada de forma impessoal, muitas vezes como um número.

Através do uso indiscriminado da tecnologia, o parto tornou-se perigoso e distante da mulher que perdeu sua autonomia, deixando o profissional escolher o tipo de conduta a ser seguido (SIEBERT et al., 2005). Inculcou-se, ao mesmo tempo, uma crença de que a cesariana não faz a mulher sofrer, não coloca em risco a mãe e o bebê, pois está totalmente sob controle dos profissionais. Assim, inconformadas, algumas mulheres estão buscando formas alternativas de parir em locais que lhes possibilitem maior autonomia e satisfação (KRUNO; BONILHA, 2004).

#### **2.4.1 De dentro para fora e de fora para dentro no processo de parir e nascer**

O parto constitui em um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que é um momento único para o binômio, mãe e filho; envolve aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado por diversos autores um fenômeno complexo (MALDONADO, 2002), despertando o interesse de pesquisadores de várias ciências, entre elas a enfermagem.

Fisiologicamente, grande parte dos trabalhos de partos e nascimentos segue um padrão consistente, à medida que as contrações uterinas se intensificam, a cérvix esvai e dilata. Empurrado pelas contrações uterinas e pelos esforços dos puxos maternos, o feto desce o canal do parto, realizando seus movimentos fundamentais. São fenômenos plásticos e mecânicos que ocorrem simultaneamente, como



uma sinfonia para nascimento; estes fenômenos podem perdurar por horas sem que haja qualquer problema (NEME, 2005). O estudo de Caparroz (2003) constatou que o tempo de duração do trabalho de parto na fase ativa, ao receber cuidados solidários, como massagens, relaxamento proporcionado por banhos, reduziu significativamente, comparado ao atendimento tradicional.

Sob a perspectiva antropológica, o nascimento é diferentemente percebido, organizado e padronizado, conforme os valores atitudes e crenças de cada cultura. Assim, a perspectiva do nascimento, como um rito de passagem, tem a sua importância pela sua função de socialização. O nascimento do primeiro filho é um momento extremamente delicado, pois existe a passagem da mulher como gestante para puerpera e mãe, na qual deve incorporar diversos papéis sociais. Assim, além de atender os aspectos biológicos, as pessoas envolvidas no nascimento, que historicamente sempre foram elas, as mulheres desenvolveram ritos de cuidados para incorporar o novo: a mãe e o recém-nascido (MONTICELLI, 1997).

No aspecto biológico, o processo de parir é fisiológico, natural e faz parte da vida de todo o ser humano. O sistema endorfinico não só tem papel crucial no trabalho de parto como também opera como um “sistema de recompensa” intrínseco, recompensando todos os aspectos do comportamento sexual e reprodutivo. A ocitocina é o chamado hormônio do amor, que, entre suas outras funções, estimula as contrações uterinas durante o orgasmo, o trabalho de parto e o parto em si, é também o hormônio que estimula a secreção do leite materno (ODENT, 2002).

A presença de altos níveis de endorfinas, tanto na mãe quanto no recém-nascido, sugere a forte probabilidade de existência de uma base hormonal para o processo de apego, isto ocorre nas primeiras horas e dias após o parto. Em termos gerais, a existência desses neuro-hormônios complexos confirma a crença da interconectividade de todos os aspectos da vida e, uma vez que a secreção balanceada de hormônios é uma questão delicada, altamente influenciável pelas condições externas e pelo estado psicológico; representa mais um argumento poderoso contra a interferência médica ou a perturbação do processo fisiológico do parto (ODENT, 2002).

Estudos sobre a saúde primal demonstram quantos malefícios que condutas intervencionistas e intempestuosas podem causar ao recém-nascido, como por exemplo, o uso de entorpecentes no processo de parir e a associação ao uso de drogas na fase da adolescência, porque as drogas utilizadas no processo de parir interferem no complexo hormonal

natural no qual a embebição de ocitocina e endorfina na mãe e bebê lhes conferem a capacidade de se “viciar” e se ligar pelo amor por toda a vida (LUZES, 2007).

No processo do nascimento são plasmados no âmagô do bebê, de forma muito profunda, certas noções e qualidades que ficam impressos no seu inconsciente por toda a vida. Sabe-se, hoje, que uma grande consequência do advento do parto hospitalar com anestesia foi o surgimento de uma população de drogados, pois a partir da década de sessenta houve um considerável aumento de viciados em drogas, coincidindo com a primeira geração da história a nascer sob sedação. Há também correlação entre o surgimento do parto hospitalar tecnológico e o aparecimento de autismo, bulimia, anorexia, dificuldade de socialização, tendência a cometer delitos e o suicídio (LUZES, 2007).

Leboyer (2004), em seu livro, trata sobre histórias de bebês nascidos em casa, nele inclui fotos de parto que mostram que um recém-nato não precisa nascer todo enrugado, que se o parto acontecer sem estresse, na penumbra, com toda a privacidade possível, o bebê pode nascer sorrindo. O nascer enrugado se deve aos níveis de hormônios de estresse presentes na corrente sanguínea do bebê e que só serão eliminados dois meses e meio após o parto, quando então ele poderá sorrir. “O recém-nascido é como um espelho. Reflete sua imagem. Depende de vocês não fazê-lo chorar” (LEBOYER, 1998, p. 150).

Indivíduos respeitados e acolhidos em seu processo de parir e de nascer são cidadãos e potencialmente futuros cidadãos resolvidos, empoderadas para cuidar e serem felizes, com menor risco para se envolverem com drogas e violência. “Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer” (ODENT, 2002, p.56).

O parto torna-se um momento imprevisível e desconhecido para a mulher, considerando que cada parto independentemente que a mulher já tenha passado por outros são episódios de extrema importância e únicos em sua vida. Traz consigo expectativas, perspectivas, esperanças, preocupações, medos, ansiedades e angústias. Precisa de uma assistência competente e humanizada. A mulher busca uma assistência capaz de garantir sua integridade física e emocional e de seu filho (FREITAS et al., 2003).

Tratando sobre o período pós-parto, Machineski, Schneider e Bastos (2006) referiram que, neste período, a mulher precisa de apoio tanto familiar como social, para enfrentar as alterações que ocorrem em sua mente e corpo, necessitando de ajuda para compreender seu novo papel e construir uma relação mãe-filho.

#### **2.4.2 As percepções e significados de parir no contexto hospitalar para a mulher**

Especificamente sobre as percepções e significados de parir sob os cuidados da enfermeira obstétrica no contexto hospitalar foi selecionado apenas um artigo, fazendo, portanto, uma narrativa de materiais que reproduzem os sentimentos das mulheres em relação à vivência do parto no contexto hospitalar.

No estudo de Rodrigues, Silva e Fernandes (2006), a experiência do nascimento foi acompanhada de medo, e, para a maioria das mulheres, esse sentimento associou-se à dor do parto, a alguma complicação obstétrica que pudesse surgir, ou mesmo o medo de perder o bebê. Neste mesmo estudo que se refere à interação enfermeira x cliente, as autoras perceberam nos relatos das entrevistadas uma série de conotações negativas atribuídas à vivência desse processo de nascimento, e, ao mesmo tempo expressavam sentimentos de auto-realização, autoconfiança e de prazer, validando a atuação da enfermeira obstétrica.

O estudo de Bezerra e Cardoso (2006), sobre os fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e o parto independente de quem a assiste, identificou 3 categorias, sendo: medo devido à influência das crenças, religiosidade e gestação anterior; o medo que provém de fontes diversas, sendo de parentes e amigos e o que provém da instituição. Essas influências culturais e sociais em relação ao processo de parir estão presentes também quando é a enfermeira obstétrica que assiste, faz parte do meio em que a mulher está inserida.

Em relação ao medo que provém de influências de crenças, religiosidade e gestação anterior, que...

[...] o parto sempre foi cercado de mitos e crenças e, para mistificá-lo mais ainda, a Bíblia Sagrada menciona que as dores do parto são como castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado original, expressando, assim, algo que é a realidade psíquica, tanto para a mulher crente como para a atéia: que seu filho é fruto do pecado e dar à luz merecedora do castigo (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 419).

Conseqüentemente, o parto seria a grande provação pela qual devem passar as jovens para comprovar a condição de mulher. Sendo

merecido o trabalho árduo, os riscos e as dores do processo parturitivo.

As entrevistadas relataram histórias de acontecimentos assustadores, as quais percebidas das experiências de vizinhas e colegas, enfatizando como algo doloroso, assustador, um enfrentamento da morte (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Para Oliveira, Zampieri e Brüggemann (2001), a vivência do parto é a única fonte de conhecimento próprio do processo do parto, e o modo como a mulher a senti se processa através da comparação com partos anteriores, sendo que o medo parece estar sempre presente, não importando quantas vezes tenha parido anteriormente, apenas sendo reforçadas e lembradas pelas vivências negativas.

O medo está também associado à instituição:

[...] pois a gestação e o parto, deixando se ser eventos familiares, passaram a ser acontecimentos institucionalizados, pois as instituições têm uma cultura própria, fundamentada no empirismo e na tecnologia que se revelam em suas rotinas, como as ultrassonografias, tricotomias, toques vaginais, amniotomia, episiorrafias e cesarianas (COLLAÇO, 2002, p. 35).

Bezerra e Cardoso (2006) salientam que a institucionalização do parto, com seu aparato técnico, com as normas e rotinas hospitalares e a não participação da família no ambiente hospitalar são fatores que exacerbam o medo do desconhecido. Da mesma forma, temem a assistência devido à experiência negativa de outras mulheres que referem à indiferença e o abandono por parte dos profissionais cuidadores.

Comparando suas pacientes domiciliares com as hospitalares, Rattner e Trench (2005) concluíram que muito do medo e da dor do parto eram reforçados pelo ambiente e pelo atendimento do hospital, cujos profissionais do hospital isolavam a parturiente e ofereciam clorofórmio e outros narcóticos para a dor.

Caron e Silva (2002) constataram em sua pesquisa: que se vê uma prática assistencial de cuidados que tem provocado angústia entre as mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de risco e de dor física. Além do temor inerente ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá, uma vez que suas experiências próprias ou de outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante, por parte dos profissionais.

Assim, presencia-se uma época em que as mulheres sofrem do

que já se rotulou “partofobia”; sendo difícil convencê-las a parir pelas vias naturais sem o auxílio de fármacos analgésicos ou anestésicos (SILVA; ALENCAR, 2005).

Percebi, no estudo desenvolvido por Kruno e Bonilha (2002), entrevistando puérperas na cidade de Porto Alegre, num Centro Obstétrico, sobre a preferência pela cesariana, um nível surpreendente de desinformação e passividade por parte das mulheres ali admitidas.

Queixas sobre a assistência obstétrica aparecem também em países e contextos culturais os mais diversos (Diniz, 2001), surgem com frequência a queixa relativa às violações da dignidade da mulher e à humilhação sexual a que as mulheres são submetidas, traduzidas por agressões verbais do tipo “na hora de fazer você gostou, agora vem fazer escândalo” (ALVES; SILVA, 2000).

Essa tendência ao tratamento rude e humilhante é especialmente intensa quando as mulheres estão mais vulneráveis à discriminação, como no caso de mulheres pobres em geral, negras, portadoras do HIV, prostitutas, solteiras e adolescentes, usuárias de drogas, entre as quais são frequentes os relatos de negligência e omissão de socorro (DINIZ; 1998), o que configuraria claramente violação dos direitos reprodutivos e humanos da mulher.

No estudo de Saito e Gualda (2002), sobre a importância do enfoque cultural na compreensão da dor de parto, obteve-se o seguinte conceito sobre dor: é uma experiência pessoal e subjetiva relacionada ao sofrimento físico, psicológico e espiritual, ao infortúnio e desgosto. A única pessoa que pode descrever sua dor é a pessoa que a vivencia. A dor é experienciada pela pessoa e não simplesmente pelo seu corpo.

Caparroz (2003) diz que o medo paralisante da dor e da perda do controle de suas sensações dificulta a confiança da mulher em si mesma e na expressão de seu corpo, que está biologicamente apto para parir. Segundo Lowe (2002), a dor do parto acontece num contexto fisiológico e psicológico individual de uma mulher e no contexto social da cultura que a cerca, pois inclui além de crenças, costumes e padrões da família, também o sistema de atendimento médico. Apesar de não ser uma dor ligada à patologia, está ligada a uma nova vida, podendo ser percebida como insuportável pela parturiente (LOWE, 2002).

Zambrano (2007) afirmou que a dor do parto, embora extremamente variável entre as mulheres, é marcante e referida como a dor mais intensa que já sentiram. E pode ser prejudicial, causando aflição, ansiedade para partos futuros e, de acordo com alguns clínicos, reações negativas que afetam psicologicamente o pós-parto normal e o ajustamento sexual.

Nery, Pinheiro e Oliveira (2005) ressaltam que, a relação dialógica e empática entre enfermeira e parturiente, é fundamental no reconhecimento da dor, e, muitas vezes, é o que determina um tratamento bem sucedido da dor. Da mesma forma, observaram em seus estudos e na sua prática diária que algumas terapias alternativas e ou complementares produzem bem-estar geral na parturiente, deixando transparecer um alívio imediato da dor.

O comportamento da dor, isto é, sua comunicação pela pessoa que a vivencia quando o faz para outras pessoas, é influenciada por fatores sociais, psicológicos e culturais. Portanto, varia de acordo com a cultura e a época. Isto porque a personalidade, o ambiente, a cultura, a religião, o gênero, entre outros aspectos, afetam diretamente a percepção de dor e a resposta correspondente a ela (SAITO; GUALDA 2002, p. 149).

Com esse estudo concluí que o medo da dor de parto é o sentimento mais forte e presente para as mulheres durante toda a gravidez, maior que a dúvida, a resignação, a curiosidade e/ou incredulidade. Durante a gestação ela não vislumbra no profissional de saúde, que realiza seu acompanhamento pré-natal, a pessoa com a qual ela possa compartilhar seus medos e dúvidas, gerados e/ou agravados pelo estado gestacional (SAITO; GUALDA, 2002).

Fatores internos e externos maximizam ou minimizam a dor, o manejo no seu enfrentamento, preparo psicológico, uso de métodos não farmacológicos, ambiente adequado tem influência positiva no alívio da dor, no trabalho de parto, por diminuir a ansiedade. É necessário restabelecer e garantir à mulher a capacidade para enfrentar a dor no parto, instituir medidas que promovam o bem estar no ambiente da parturição e a implementação eficaz de métodos não farmacológicos para alívio da dor, diminuindo o nível de estresse e ansiedade, colaborando para um parto mais ativo e humanizado (KNOBEL; RADÜNZ; CARRARO, 2005; MOREIRA et al, 2007).

### **2.4.3 O parto como fonte ordenadora**

Para Nogueira (2006) prevalecem no imaginário popular e cultural alguns mitos relativos ao parto, como: a dor do parto como punição, como castigo imposto pela desobediência de Eva; a crença de

que o parto destrói o canal vaginal tornando-a impotente e incompetente para o prazer sexual (sendo solucionado pela episiotomia ou pela cesárea); o medo de morrer no parto, transmitidos por histórias trágicas contadas por familiares ou conhecidos.

Portanto, diante do complexo processo de parir e nascer, os mitos influenciando na opção da mulher pela cesariana, e como enfrentar essa situação? Como atuar para que essa vivência signifique saúde, felicidade, empoderamento para a mulher e para a família? Se o paradigma tecnocrático se mostra falido, insensível, incapaz da dimensão humana e o holismo sem amplitude e de imediato sem perspectiva de que as mulheres tenham acesso? Será que o paradigma humanista se dá conta dessa expectativa no contexto hospitalar?

Segundo a mesma autora, o fenômeno que está além das concepções racionais do divino, é denominado de inefável, ou seja, algo que não pode ser descrito, mas só experienciado. Nesta perspectiva o parto é definido como *mysterium tremendum e fascinans* (mistério terrível e fascinante).

Ao querer superar este paradigma, pode cair na mais fácil das tentações: polarizar as duas dimensões do sagrado, empunhando seu aspecto fascinante na tentativa de rejeitar aquele apavorante. Como se manifesta esta situação na humanização do parto? (NOGUEIRA, 2006).

A moderna tecno-obstetrícia, com todas suas inúmeras intervenções na qualidade de protocolos, normas, rotinas, máquinas, botões, luzes, gráficos, encarna com esmero a ideia do parto como *mysterium tremendum* (mistério tremendo) A crença que mantém em vida gestos, escolhas e atitudes é uma prova de que se está lidando com um ritual que guarda as portas do sagrado. A obsequiosa fidelidade a práticas, mesmo cientificamente ultrapassadas, denuncia o temor frente ao “mistério tremendo” do parto, usando assim luvas, panos, máscaras, instrumentos metálicos, distanciamento emocional e impessoalidade (NOGUEIRA, 2006).

Por outro lado está o fascínio do sagrado, o nascimento cativa, envolve, hipnotiza. Ao querer resgatar a beleza à força pode-se tentar tomar um atalho; mudar de lado, afirmando com ênfase o aspecto *fascinans* do parto, denunciando práticas e se desfazendo dos antigos rituais (NOGUEIRA, 2006).

Os rituais em torno do parto, fruto de séculos de civilizações, seguem necessidades psicológicas e sociais profundas. Pôr em cheque o uso desnecessário de tecnologias é um passo indispensável, mas não suficiente para mudar o paradigma. Despir o parto de todo e qualquer significado simbólico e espiritual revela a cegueira de quem não enxerga

sua dimensão iniciatória (NOGUEIRA, 2006).

Nas atitudes das mulheres esta problemática se manifesta na oscilação entre o medo surdo do parto, unido à crença cega na palavra do médico e sua simplória redução a um ato fisiológico, qualquer mulher em posse de informações (racionais) e disposta a rebelar-se contra o sistema opressor dá conta de realizá-lo, até sozinha. Desconsidera-se que o ritual do parto, é uma resposta à chamada ansiedade ôntica, existencial e humana, impondo às mulheres medidas que garantam sua segurança. Essas medidas lhes dão estrutura para enfrentarem o *mysterium tremendum* que elas instintivamente reconhecem no parto.

A humanização do parto deve promover a transição para um novo paradigma do sagrado. Isso ocorre garantindo novos rituais que permitam o acesso ao poder benéfico do parto. A visão que humaniza reconhece a dimensão simbólica e espiritual do parto, bem como seus aspectos fisiológicos e materiais e sabe inserir-se na individualidade única de cada mulher. Desta forma é possível promover a transição para a experiência do sagrado no parto como fonte de força ordenadora, de poder vital interior e propulsor, que se expressa em auto-estima, saúde mental e social, integridade, dignidade e responsabilidade (NOGUEIRA, 2006, p. 125).

Para Kitzinger, (1978) apud Kruno; Bonilha (2004), a gravidez é um estado ritual, na maioria das sociedades. Ter um bebê não é apenas um processo de importância biológica ou sociológica, pois há muitos níveis de significado. Segundo essa autora, ao ser realizada a despersonalização do parto (com a institucionalização e seus rituais próprios), fica-se com o invólucro físico, mas o significado transcendente foi eliminado.

Foi observado no estudo de Machineski, Schneider e Bastos (2006), sobre a corporeidade da mulher no pós-parto, que o preparo ultrapassa a dimensão do corpo (exercícios, caminhadas), atingindo também dimensões simbólicas (figuras, flores, incensos...). Havia um cuidado todo especial em relação ao ambiente, também chamado de ninho.

Dessa forma é necessário trazer esses aspectos subjetivos, transcendentais na assistência ao parto a fim de valorizar o mistério fascinante, abolir os rituais que dão “controle e segurança” aos profissionais e que nada têm de científico. Essa valorização entende-se como o espaço para oração dentro da instituição, a imagem de símbolos religiosos protetores, deixá-la trazer consigo sua medalhinha, promover



ambiente acolhedor com flores, som agradável, iluminação natural, contato com a natureza, durante o trabalho de parto.

### 3 DESVELANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasamento teórico, a opção foi pela Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad; essa escolha deveu-se, também, à identificação com o conceito de relação dialógica das autoras e por se tratar de uma pesquisa convergente-assistencial, uma vez que a mesma fundamenta tanto a prática assistencial quanto à pesquisa em desenvolvimento.

Segundo Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005) a teoria da enfermagem humanista de Paterson e Zderad contempla a prática da enfermagem humanística, o fenômeno da enfermagem com o bem-estar, o potencial humano, a transação intersubjetiva, o diálogo vivo desenvolvido pelo encontro, pela relação, pela presença e pelo chamado e resposta. A teoria humanística considera a experiência, a concepção, a participação e o ponto de vista particular de cada enfermeira, em relação às suas vivências no mundo e na enfermagem.

Assim, neste capítulo há a apresentação da Teoria Humanista, incluindo inicialmente uma síntese biográfica de Paterson e Zderad, o contexto de origem, as fontes teóricas, bem como as ideias, as quais deram origem a este modelo. Na sequência está à apresentação do marco conceitual elaborado com base na referida teoria, adaptado à realidade do cenário de prática e da pesquisa, os elementos e os pressupostos pessoais.

#### 3.1 BREVE BIOGRAFIA DE PATERSON E ZDERAD E ORIGEM DA TEORIA

A teoria humanística de Josephine Paterson e Loretta T. Zderad foi publicada pela primeira vez em 1976. Josephine Paterson é uma especialista em enfermagem clínica, formada em Northport, Nova York. Fez mestrado na Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, em Baltimore. O doutorado foi em ciências da Enfermagem, na Boston University School of Nursing, em Boston, Massachussetts, pois ela se especializou em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A Dra. Paterson conceitualizou-se e ensinou enfermagem humanista a estudantes de curso de graduação, ao corpo docente e a equipes, em vários locais (PRAEGER; HOGARTH, 1993).

Loretta T. Zderad fez curso de graduação na St. Bernard's

Hospital School of Nursing e na Loyola University. O grau de Mestre em ciências foi obtido na Catholic University, em Washington, D.C, e o de doutora em Filosofia na Georgetown University, de Washington D.C. Ensinou em inúmeras universidades e liderou grupos de enfermagem humanista (PRAEGER; HOGARTH, 1993).

Desde 1960, Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad conversavam entre si e com outras enfermeiras que prestavam serviços em hospitais, a fim de refletir, explorar e questionar suas experiências na enfermagem. A partir disso, começaram a valorizar o significado da sua prática para a existência do homem (PATERSON; ZDERAD, 1979). Na elaboração da teoria, Paterson e Zderad destacam o significado da vida como ela é vivida, a natureza do diálogo e a importância da percepção.

O pensamento existencialista é uma abordagem filosófica para compreensão da vida, na qual os indivíduos enfrentam possibilidades de escolha, que determinam a direção e o significado da vida de cada um (PRAEGER; HOGARTH, 1993).

Corey diz que o existencialismo identifica os indivíduos como tendo a capacidade de autopercepção; tendo liberdade e responsabilidade; lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo se encontrando em relação aos outros; estando envolvido numa busca de sentido para a vida; tendo que vivenciar a ansiedade ou o medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e, finalmente, estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida. Consequentemente, encontra-se dentro de cada um as possibilidades de fazer o máximo por esta existência (COREY, 1986 apud PRAEGER; HOGARTH, 1993).

Elas tiveram anos de experiência em enfermagem clínica, então, em 1976 publicaram o livro *“Teoria e prática da Enfermagem Humanística”*, na qual refletem e exploram as experiências vividas com pacientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais (PRAEGER; HOGARTH, 1993). Desde 1985, Paterson e Zderad estão aposentadas.

A abordagem existencial, fenomenológica e humanista, faz uma reverência à vida que valoriza a necessidade de interação humana, determinando o significado que vem da maneira peculiar como o indivíduo vivencia o mundo.

### 3.2 IDEIAS PRINCIPAIS DA TEORIA DE ENFERMAGEM HUMANÍSTICA

Na perspectiva de que o fenômeno da enfermagem ocorre na vida real, logo, as principais dimensões da enfermagem humanística derivam dela. Existencialmente, **o homem (ou ser humano)** é um ser corpóreo que está sempre em processo de relação com os homens e com as coisas, em um mundo bidimensional de tempo e espaço (PATERSON; ZDERAD, 1979). Esta relação tem intenção de nutrir o bem-estar e o estar melhor do ser humano com necessidades evidentes, em relação ao processo saúde x doença.

**A enfermeira** não é vista apenas como uma função, alguém que realiza atividades, ela é considerada também como um ser humano. Na **enfermagem humanística**, o ato é dirigido a um fim, ou seja, “estar com” o outro e “fazer com” o outro. Neste processo ocorre a “mediação” (elemento intersubjetivo e o inter-humano), que flui das interações entre enfermeira e parturiente, contribuindo para a evolução natural do processo de parir (PATERSON; ZDERAD, 1979). No geral, na prática diária, está-se tão envolvido com as demandas imediatas de “estar com” e “fazer com” a parturiente, que não se enfoca a atenção na “mediação”.

A descrição de “**mediação**” deve vir das próprias experiências na enfermagem, que quer dizer:

[...] desenvolver hábitos de autoconsciência da experiência, a lembrança e a reflexão. É por isso que devemos lutar com nossa própria linguagem, encontrando as palavras adequadas apropriadas em nossos vocabulários - orientados física e tecnologicamente - e inclusive, criar uma terminologia que permita comunicar a essência e a qualidade da experiência de intersubjetividade (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.47, tradução nossa).

Paterson e Zderad (1979) ao refletirem sobre a natureza da enfermagem e sobre a intersubjetividade tomaram consciência de que a enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano; no assistir da enfermeira à mulher no processo de parir, esse tipo especial de diálogo humano envolve o silêncio, o olhar, o gemer, o respirar, o balançar, o andar, a linguagem simples e primitiva, onde ocorre a comunicação de sentimentos, experiências e saberes.

As autoras explicam a relação de cuidado entre enfermeira e paciente como um ato humano, que se dá a partir do momento em que os dois se encontram. Nesta percepção, o cuidado é vivenciado numa via de mão dupla, sendo no sentido recebido e ou oferecido, promovendo trocas com a intenção de complementar, de conhecer o outro, de ajudá-lo. Nesse processo de cuidado ultrapassa o conhecimento técnico-científico para enraizar-se na essência do ser, nas dimensões humanas que permeiam o viver. A enfermagem é um diálogo vivido, entre a enfermeira e o enfermo, voltado para a meta de alimentar o bem-estar e o bem melhor, no mundo cotidiano dos homens e das coisas. (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### 3.3 MARCO CONCEITUAL

Para Trentini e Paim (2004, p. 51) “conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato”.

Os conceitos de um marco conceitual são abstratos e gerais e não são observados diretamente no mundo real; eles não são limitados a algum indivíduo, grupo, situação, ou evento particular (FAWCETT, 1978).

O marco conceitual a seguir apresentado é adaptado à proposição teórica de Paterson e Zderad, bem como à realidade de minha respectiva prática assistencial para efetivar o cuidado e desenvolver a presente pesquisa.

A utilização de marcos conceituais na prática profissional dos enfermeiros auxilia a dar visibilidade às metas e aos resultados que se espera alcançar junto às pessoas cuidadas, tornando a prática científica e organizada, além de possibilitar a expressão de valores e formas de cuidar do enfermeiro (ZAGONEL, 1997).

O ser humano é a parturiente e enfermeira que, reunidos em encontros, sendo e fazendo, desenvolvem numa transação intersubjetiva de “estar com” e “fazer com”, um propósito definido, que é alimentar o bem-estar e o estar melhor da parturiente- no tempo e no espaço – como estimam e vivem os seres humanos no universo de homens e coisas (MOREIRA; ALVES; FARIAS 2001).

O marco conceitual da enfermagem humanística é composto pelos conceitos de: ser humano, saúde, enfermagem-enfermeira e a comunidade.

### 3.3.1 Ser humano

O **ser humano** é um ser singular e como tal pode desenvolver suas próprias ideias. Mas o ser humano não está só e, portanto, se relaciona de forma interdependente com outros indivíduos. Para a sua existência plena, o homem necessita de **saúde**, que além de ser um aspecto importante para a vida humana é a meta da **enfermagem** (SANTOS; TYRREL, 2005).

Para Heidegger (1993), o cuidado está contemplado na presença que engloba o ser no seu conjunto, como existente no mundo, pois o **ser humano** é um ser-com, um ser de relação. Segundo este conceito é correto afirmar: que o cuidado deve ser relacional, pois onde não existem relações, não existem cuidados.

Para cuidar de alguém é preciso conhecer muitos pontos, como aponta Mayeroff (1971): precisa conhecer quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que conduz o seu crescimento. Precisa saber como responder às suas necessidades e quais são os próprios poderes e limitações. O cuidar envolve diversos aspectos, tantas quantas são as dimensões do ser humano em sua totalidade.

Da mesma forma, refletindo a respeito do ser ao qual é destinado o cuidado, Paterson e Zderad (1979) afirmaram que é preciso considerar o modo como este ser vive seu mundo de experiências. E, quando o cuidado é destinado à parturiente, é necessário saber como ela percebe o mundo, quais as experiências pregressas, o que pensa sobre o processo de parir, seus medos, de acordo com o seu momento existencial. A mulher vivenciando o processo de parir tem capacidade e competência física para tal, estando disponível aos cuidados e possuindo valores constituídos como a manifestação única de seu passado, presente e futuro.

Ser humano para Paterson e Zderad é um ser com capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, refletir, valorizar, experienciar para vir a ser mais, possuem características especiais de relacionar-se através da relação Eu-Tu, Eu-Isso, Eu-Nós no tempo e no espaço (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### 3.3.2 Comunidade

As pessoas encontram significados para a existência através do partilhar e do relacionar-se com os outros. Paterson e Zderad (1979) consideram a comunidade o “nós” que ocorre quando a parturiente e a enfermeira obstétrica se encontram, pois são duas pessoas que agem unidas para o mesmo fim, porque ambas ensinam e aprendem, ocorrendo um partilhar intersubjetivo.

É intersubjetivo a partir do *encontro* de duas ou mais pessoas que se relacionam e partilham suas experiências, elaboram significados para suas existências e deixam de ser apenas Eu e Tu, e passam a ser Nós (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A relação inter-humana, para Buber (1977), significa estar disponível para uma convivência, ou seja, o homem vive em comunhão com os outros. Esta comum-idade, humana e autêntica, só existe quando se transcende a pura objetividade no interpessoal. Esta é a relação dialógica que o referido autor denomina como a relação do “Eu e do Tu”, a qual levará o ser humano a experienciar o mundo e a si mesmo, pois como pressupõe a teoria, a relação do sujeito com o objeto (Eu - Isso), mas realmente autêntica. Para Buber (1977), a relação dialógica é a categoria existencial por excelência, quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento).

Neste referencial, o mundo objetivo de pessoas e coisas é formado pela comunidade, pelo espaço físico que integra os setores da maternidade, no qual a parturiente está num ambiente diferente de sua casa e em contato com objetos, equipamentos e materiais estranhos a ela (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### 3.3.3 Saúde

É uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida ou morte, é mais que a ausência de doença. Acredita-se que a pessoa tem potencial para estar melhor, ou seja, de buscar tornar tudo o que é humanamente possível (PATERSON; ZDERAD, 1979). Ao defini-la como bem-estar e estar melhor, a saúde é muito mais que a ausência de doença. O bem-estar e o estar melhor são objetivos da enfermagem, sendo também considerado como potenciais da

parturiente.

Como a teoria tem caráter existencial, a saúde é vista como um processo de encontrar sentido na vida é buscado no processo de viver e de estar envolvido com cada momento. A saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem em estar aberta às experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Do ponto de vista operacional, nesta pesquisa observei a forma como a parturiente participa e vivencia o processo de parir, podendo estar aberta ou não a esta vivência, o que influenciará no seu bem-estar ou estar melhor. Pois a disposição em movimentar-se, em respirar profundamente, em compartilhar seus sentimentos, em sentir e corresponder aos sinais de seu corpo no período expulsivo, em acolher o bebê e aconchegá-lo, em oferecer o seio materno, representam bem-estar e estar melhor para mãe e bebê.

Nesse sentido, saúde é também a luta pelo estar-melhor, no sentido de buscar além da sobrevivência, emprego, condições de vida digna, com moradia, lazer, educação, mas ao parir renovar a esperança em ser feliz, ter paz, ir ao encontro de seu sonho.

### **3.3.4 Enfermagem-enfermeira**

A enfermagem humanística é um ato humano, num tipo particular de situação humana, cujo foco é o nutrir o bem-estar e o estar melhor de uma pessoa. Assim, a enfermeira ajuda o ser humano em um momento particular de sua vida.

A teoria humanística preocupa-se com o potencial humano e traz novos conceitos que permitem um novo olhar ao cuidado como: encontro, relação, presença, chamado e resposta, objetos, tempo e espaço (OLIVEIRA, 2001).

Paterson e Zderad (1979) denominaram que o processo de cuidar requer um envolvimento de presença genuína, ou seja, o ser que cuida encontra-se inteiramente presente no tempo e espaço vivido do ser que é cuidado. O encontro é proposital e há uma expectativa e um objetivo em mente, quando o enfermeiro está cuidando e a parturiente necessitando de cuidados. Neste encontro, a presença pode ser dada ou solicitada, bem-vinda ou rejeitada, não é um objeto que pode ser preso nas mãos.

A enfermeira está aberta, disponível e revela-se presente, contudo a parturiente também é vista como uma presença, como uma pessoa e



não um objeto ou um caso. Esta é a presença genuína que envolve reciprocidade e sintonia, exige disponibilidade e acessibilidade, uma vez que o tempo e o espaço são percebidos de maneira única pelo ser humano, de acordo com o que está acontecendo na sua vida, naquele determinado momento (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Da mesma forma, há necessidade de entendimento por parte das enfermeiras obstétricas que o cuidado de enfermagem humanístico deve prevalecer, visualizando a parturiente como um ser humano com necessidade de cuidados integrais e não apenas um útero grávido. Também é preciso resgatar aspectos no sentido da existência humana e na essência de enfermagem, a fim de integrar à prática diária ao relacionamento intersubjetivo, pois é somente através desta relação que a enfermeira/equipe de enfermagem cuida percebendo a dimensão humana.

Para estar sintonizado com a parturiente, a enfermeira obstétrica precisa conhecê-la “em seu mundo” ou no espaço vivido, no aqui e no agora. Este conhecimento do mundo em que a parturiente é e está, facilitará também o desenvolvimento de atividades que requerem o uso de objetos alheios ao conhecimento do cliente, pois como afirmaram Paterson e Zderad (1979), os objetos também afetam e influenciam no acontecimento do diálogo de enfermagem.

Os objetos não devem bloquear o diálogo entre a parturiente e a enfermeira. Esta deve estar atenta, percebendo a preocupação da parturiente e esclarecendo suas dúvidas no momento em que verificar os batimentos cárdio-fetais, apresentando o equipamento e sua função a ela; o porquê de colocar a mão sobre o fundo uterino ao realizar a dinâmica uterina; solicitando sua participação no controle das contrações uterinas; demonstrando-lhe as técnicas de relaxamento e exercícios na bola de boboth para ampliação do diâmetro da pelve, e tudo mais que se relaciona ao processo de parir. Para a enfermeira os objetos podem ser suas ferramentas de trabalho, para a parturiente são estranhos, assombrosos e desconhecidos.

A enfermagem humanística implica num encontro especial de seres humanos, ocorre como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade da saúde-doença da condição humana. Não um encontro fortuito, mas um encontro em que existe um chamado e uma resposta intencional, assim, pressupõe um tipo especial de diálogo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Assim, percebo a enfermagem obstétrica como uma profissão, que ao cuidar está envolvida pelas relações interpessoais. O processo de parir é permeado por influências socio-culturais, porque parturiente,

acompanhante, familiares e/ou significantes, todos estão ansiosos e querem participar, trazendo também suas crenças e valores. A enfermeira obstétrica, numa instituição hospitalar, não trabalha sozinha, ela se insere em um contexto de relações profissionais, o qual é desempenhado por cada profissional de forma singular e nos seus limites de atuação.

Todos cuidam, o que difere o cuidado de cada profissional é a forma de efetivá-lo, pois da mesma forma que não existem duas pessoas iguais, também não existem duas pessoas que cuidam de forma igual. Colocar em ação a essência da enfermagem mobiliza diferentes dimensões ou atributos da enfermeira, como o conhecimento empírico, ético, estético e pessoal.

O ser humano da enfermeira obstétrica alia a sua pessoa singular a profissional, o ser de relações com os demais seres humanos das profissões de saúde que interagem com objetivo comum. Seu fazer é abrangente, sempre tendo como foco o sujeito de cuidado, neste estudo, a parturiente.

A enfermagem é encarada como uma mistura única de teoria e metodologia. Essa prática da enfermagem e sua metodologia que Paterson e Zderad (1979), descreveram como uma mistura única de arte e de ciência, que exercem papéis decisivos na enfermagem humanista, no entanto permanecem sem sentido a menos que sejam aplicadas a situações de vida.

A enfermagem como resposta de cuidado ao ser humano que necessita de certo tipo de ajuda se alcança através da relação inter-humana, intencionalmente voltada para o bem estar e o estar melhor. Para isso as autoras sugerem a adoção dos conceitos de diálogo, comunidade e enfermagem fenomenológica (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem fenomenológica é uma metodologia para a prática. É composta por cinco fases, sendo:

1. Preparação da capacidade de conhecer da enfermeira para vir a conhecer. Isso envolve a disposição da enfermeira de se abrir para a percepção do outro, aprender a correr risco, adquirir experiência, podendo se preparar em estudos da humanidade, relacionando as experiências à literatura. O autoconhecimento, a “autenticidade com o *self*”, é importante ao conhecer e pode ser facilitado através de supervisão clínica e de formas diferentes de terapia de crescimento pessoal (PATERSON; ZDERAD, 1979).

2. A enfermeira conhece o outro de modo intuitivo: O conhecimento intuitivo do outro requer entrar no outro, no ritmo da

experiência do outro, o que resulta num conhecimento especial do outro, de difícil expressão. Requer estar aberto ao sentido da experiência para o outro (PATERSON; ZDERAD, 1979)

3. A enfermeira conhece cientificamente o outro. Nesta fase requer encarar os fenômenos repentinos, reconhecidos intuitivamente, meditar sobre eles, analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar um nome a eles e categorizá-los. “O correto de se comunicar uma realidade vivida na área de enfermagem demanda autenticidade com o ser e um esforço rigoroso na seleção das palavras, das frases e da gramática precisa” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.123, tradução nossa).

4. A enfermeira, de modo complementar, sintetiza os outros. Neste sentido envolve o relacionar, o comparar e o contrastar aquilo que ocorre nas situações de enfermagem, o que permite à enfermeira ampliar sua compreensão acerca do fenômeno (PATERSON; ZDERAD, 1979).

5. A sequência, no íntimo da enfermeira, dos vários ao único paradoxal. Trata-se da visão articulada da experiência que passa a ser expressa num todo corrente, passando por um refinamento do que foi anteriormente captado de forma intuitiva, lutando com a realidade conhecida e dando um salto intuitivo em direção a verdade, formando assim um novo construto hipotético (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Em cada uma dessas fases, a enfermeira deve comparar e contrastar os fenômenos, identificando similaridades e diferenciações entre eles. Através de analogias e metáforas pode-se identificar aquilo que o fenômeno não é, utilizando-se técnicas de análise, síntese e descrição do fenômeno, melhorando a compreensão do significado da experiência (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A “coisa em si” da enfermagem é o ato de enfermagem, a relação transacional e intersubjetiva, a experiência do diálogo vivido entre pessoas em que o conforto e o cuidado estimulam a revelação mútua. No diálogo estão envolvidos: o encontro, a relação, a presença, o chamado-resposta (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### **3.3.5 O diálogo vivido**

Neste âmbito o termo diálogo não é reduzido ao conceito do dicionário, que o define como sendo “uma conversação entre duas ou mais pessoas, ou entre personagens de um drama ou novela”. Entende-se diálogo a partir do sentido existencial (PATERSON; ZDERAD, 1979).

[...] se refere a um diálogo vivo, isto é, a uma forma particular de relação intersubjetiva. Isto se entende se virmos a outra pessoa como a um indivíduo distinto e único que entra em relação com outro. Em outras palavras, a enfermagem é um modo dialogal de ser em situação intersubjetiva (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.49, tradução nossa).

O diálogo é entendido além do que se entende por comunicação (no sentido de enviar e receber mensagens verbais e não-verbais), têm eco no conceito de comunicação em termos de chamado-resposta. Na enfermagem o diálogo é uma situação de encontro entre a enfermeira e a parturiente, em que há um chamado e uma resposta, com fins determinados a alimentar o bem-estar e o estar melhor deste (PATERSON; ZDERAD, 1979). Nele, enfermeira e parturiente experienciam o diálogo complexo, o qual é simultâneo, ambos chamam e respondem ao mesmo tempo, é refletido em todas as formas de comunicação humana, da verbal a não verbal. A relação dialógica é um estar olhando para o outro, não só no corpo, mas também com os sentimentos.

O **encontro** na enfermagem humanística é também um tipo especial e particular de situação, pois a enfermeira tem um objetivo que a influencia neste momento e a parturiente tem a expectativa de que esta lhe prestará a ajuda de que necessita. Quando a enfermagem é despersonalizada, a enfermeira e a parturiente podem controlar esse encontro de forma que aquela, justificando-se pela sobrecarga de atividades e esta fingindo dormir, evite o encontro, portanto, o grau de controle e escolha da enfermeira e da parturiente é um fator que influencia no encontro de ambos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

[...] tanto o paciente como a enfermeira tem a capacidade de estar abertos ou não ao diálogo. De modo que têm certo controle sobre a qualidade de seu encontro, já que podem eleger o como e quando abrir-se ao diálogo. Sua abertura se vê influenciada por sua percepção do objetivo do encontro. Em geral o paciente espera receber ajuda e o enfermeiro espera dá-la (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.51, tradução nossa).

Embora a enfermeira e a parturiente tenham a mesma meta, ou seja, o bem-estar e o estar melhor, a expectativa do encontro é

influenciada pelo grau de abertura de um a outro. Uma imagem formada a partir de um conhecimento prévio da história da parturiente, a revisão das informações permite à enfermeira ver “a parturiente como um todo”, ou encontrar-se com um ser totalmente desconhecido para ela (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermeira deve estar acessível à parturiente, o que implica em estar aberta ao que é, e, ao que não é, no estado de ser da parturiente, essa é uma qualidade que caracteriza o diálogo da enfermagem humanística.

**Relação** é como se responde a alguém que precisa de ajuda. Neste contexto, o ato de enfermagem é sempre uma transação intersubjetiva, é o “fazer com” o outro e que também significa “estar com”. Só os seres humanos podem dialogar com a realidade, podem “estar com” e “fazer com” os outros, porque só eles são capazes de se distinguirem dos objetos e de outras pessoas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Segundo as mesmas autoras, o homem relaciona-se com o outro: como sujeito a objeto, sujeito a sujeito ou pessoa a pessoa; pois em sua vida cotidiana, para sobreviver, precisa conhecer e usar os objetos. Por isso desenvolve a capacidade de abstrair, de objetivar, de conceitualizar, de categorizar, o que permite o avanço da ciência, da arte e da filosofia.

A relação com outros seres humanos é essencial para a existência humana genuína, é o que acontece quando as pessoas se encontram como seres humanos abertos para o diálogo intersubjetivo; é “por isso que uma pessoa desenvolve seu potencial humano e torna-se um indivíduo singular mediante sua relação com os outros homens” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.54, tradução nossa).

No encontro entre enfermeira x parturiente, o relacionamento ocorre com vários graus de envolvimento, assim, podem considerar-se como objetos, como mera função (“enfermeira”, “supervisor”, “paciente”, “administradora”), como um caso clínico (“esquizofrênico”, “paciente readmitido”, “paciente terminal”, “paciente do quarto 1”).

Tais relações sujeito-objeto o “Eu-Isso” diferem totalmente das relações sujeito-sujeito o “Eu-Tu”. Como indica a origem do termo, um objeto é algo que pode colocado diante ou ao alcance de; é algo que pode apreender-se intelectualmente (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 54).

Pessoas e coisas são classes diferentes de objetos, uma “coisa” pode ser manuseada, inspecionada minuciosamente por uma pessoa; já

esta pessoa pode facilitar o conhecimento de si mesma ou pode fechar-se em seus pensamentos e calada ocultar deliberadamente suas características (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Tanto a relação sujeito-objeto quanto a sujeito-sujeito são elementos que integram a enfermagem humanística.

[...] na relação sujeito-objeto, é possível obter algum conhecimento acerca de uma pessoa; mediante a relação intersubjetiva, isto é, a relação sujeito-sujeito, é possível conhecer a pessoa em sua individualidade singular. Por isso, como a relação sujeito-objeto, são essenciais para o processo da enfermagem clínica (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.55, tradução nossa).

A relação Eu-Tu é o diálogo intuitivo, ocorre quando o ser humano se envolve com o outro. A relação Eu-Isso compreende a relação sujeito-objeto, e a relação Eu-Nós permite o fenômeno de comunidade, definida como duas ou mais pessoas que lutam unidas no viver-morrer (BUBER, 1977).

Para a **presença** ser genuína a enfermeira necessita estar aberta, receptiva, pronta e disponível para a outra pessoa, de modo recíproco.

A parturiente é um ser corporificado, já a enfermeira, ao zelar pelo bem-estar e estar melhor dela, precisa relacionar-se com ela e com o seu corpo, em sua inter-relação misteriosa (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Num dia de trabalho, a enfermeira pode experimentar desde o nível mais inferior na relação com a parturiente, sendo tratada apenas pela sua função, até o mais alto nível de intersubjetividade e ser reconhecida como presença, ou como um “Tu” no diálogo genuíno. Para haver o diálogo genuíno é fundamental certa abertura, receptividade, disposição ou acessibilidade. A pessoa aberta ou acessível se manifesta em si mesma como um ser “presente” (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O estar atento pressupõe dar-se a si mesmo. Ser acessível não só significa estar à disposição do outro, mas também em “estar com” a totalidade de si mesma. E da mesma forma, o outro também é visto como uma presença, como uma pessoa. Isto implica em reciprocidade.

[...] “o diálogo da enfermagem tem lugar no domínio da saúde e da enfermidade e os participantes deste vão a ele com um propósito em mente” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 56, tradução nossa). A abertura e a acessibilidade da enfermeira para ser presença dirigida a uma pessoa com necessidades, diferente da abertura e da acessibilidade

para a presença nas suas relações sociais, familiares e de amizades. A isso as autoras concebem a existência de uma espécie de “reserva profissional”, que tem variado ao longo dos anos e de paciente a paciente, sendo um fator que influencia na tonicidade do diálogo vivo na enfermagem.

Não se deve perder de vista que o motivo da sua presença é de alimentar e a dele é de ser alimentado, isso deve sinalizar o canal de abertura.

Na prática de enfermagem, às vezes, é necessário que a enfermeira enfoque a atenção em algum aspecto do corpo, e a parturiente pode ou não ter o mesmo foco de atenção, fazendo com que aquela perca o foco do todo que é a parturiente, devendo fazer um esforço para não abandonar a pessoa como um todo, relacionando-a como um todo. Para a parturiente esta é uma situação incômoda, na qual se sente “julgada” e “observada” pela enfermeira.

A presença dialogal é complicada quando o foco da atenção se centra no corpo em si do paciente ou em sua conduta. E, mais, o corpo é uma parte integral da pessoa e sua conduta é uma expressão de sua forma de existência ou sua forma de ser no mundo. O homem é um ser corpóreo, e a enfermeira, ao fomentar o bem-estar e o estar melhor do paciente, deve relacionar-se com ele e com seu corpo em sua inescrutável inter-relação (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 57, tradução nossa).

A enfermagem é um **chamado - resposta**, à medida que a parturiente chama a enfermeira na esperança de receber atenção e ajuda em suas necessidades e esta a responde na intenção de ajudá-la, portanto, ela espera ser solicitada. Esse diálogo desenvolve em ambas as direções, isto é, tanto enfermeira como parturiente chamam e respondem simultaneamente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

É difícil encontrar descrições escritas sobre a comunicação não-verbal entre parturiente-enfermeira, por isso o marco de referência de chamado e resposta é de muita ajuda.

[...] o que significa para o paciente a mera presença física da enfermeira, já será como chamado ou como resposta? Ou, desde o ponto de vista da enfermagem, sobre que circunstâncias se experimentam a presença do paciente como um chamado, e mais ainda, como um chamado por uma resposta especial de parte da enfermagem? O que nos move a responder desde o ponto de vista de seu porte, cor, expressão

facial, conduta, do aspecto de sua vestimenta? Estamos chegando quase que inconscientemente a alguma classe de “sinais essenciais” no reino intersubjetivo? (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.59, “tradução nossa”).

O diálogo na enfermagem ocorre mediado pelos seus atos de cuidado. O diálogo na forma de chamado e resposta permeia desde os atos mais simples, como higienizar ou alimentar o paciente, até, o mais dramático como na ressuscitação. O próprio ato de enfermagem também reflete a condição existencial desta enfermeira, podendo ser ansiosa, presa, ausente, presente, presença plena (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ao utilizar a tecnologia no cuidado, por exemplo, ao aferir a pressão, ao aplicar uma injeção, ao tomar a temperatura, desde o mais simples até a mais complexa prática, a enfermeira pode encará-la como via ou como obstáculo para a mediação do diálogo.

### **3.3.6 A enfermagem dialogal no mundo real**

A enfermagem está inserida e atuando num mundo real e como tal está sujeita a todas as forças caóticas da vida real. Neste aspecto, a enfermeira humanística, para ser genuína com a parturiente, deve importar-se com o mundo dela. Assim, sua família e seus significantes (presentes ou não) devem ser valorizados (PATERSON; ZDERAD, 1979).

No mundo real, a enfermeira tem sob sua responsabilidade um grupo de pacientes, o que a faz estar presente fisicamente, mas sua mente pensa no outro que necessita medicar, naquela que prometeu se envolver, nos outros três que deve dar de comer. Portanto, a enfermeira exerce em seu interior uma complexa rede de relações inter-humanas, as quais influenciam no diálogo da enfermagem. Ainda mais, em se tratando de pacientes em estado grave.

Quando o cuidado de saúde deve ser mais especializado, surgem mais grupos de trabalhadores dedicados a aquele e, os múltiplos grupos se diversificam mais. É assim que a transação intersubjetiva entre a enfermeira e seus pacientes tem lugar em um meio ambiente intra e interdisciplinar de troca constante de pessoal, funções e rotinas (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.61, tradução nossa).



Portanto, a enfermeira necessita frequentemente se relacionar tanto com suas parturientes como com seus colegas, desde o ponto de vista de suas funções como nas questões pessoais.

Não se pode esquecer que além de sua função como enfermeira, ela é um ser humano e que apesar de focar a atenção à parturiente, ela é produto de sua história pessoal e traz para seu trabalho tudo o que é ou não, incluindo suas experiências passadas e previsíveis relações inter-humanas futuras (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### **3.3.7 Objetos**

As transações enfermeira-parturiente se desenvolvem em meio a um mundo de objetos, sejam da vida cotidiana (cobertor, móveis, roupas, TV, livros) ou, todos os tipos de aparatos clínicos. Ao entrar no processo de parir, a mulher pode ser incapaz de manipular seus objetos cotidianos, tornando-se travas e obstáculos. Imagine, então, ao dar entrada numa maternidade, ali ela se vê num mundo estranho rodeado de objetos novos, com pessoas estranhas, máquinas, instrumentos e soluções químicas, despertando sentimentos como: confusão, terror, medo, dor, insegurança. Para a enfermeira esses objetos são familiares, ajudas valiosas. “Os objetos em si mesmos, assim como as relações podem servir para alentar ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.63, tradução própria).

Na assistência obstétrica os objetos podem significar para a parturiente certa dependência destes para parir, passando-lhes a mensagem subliminar de que não são capazes de parir por sua natureza e então necessitam daquele aparato. A enfermeira deve perceber essas relações e no diálogo empoderar a parturiente para comandar o processo de parir, independente do aparato tecnológico, que está ali apenas como medida de segurança.

### **3.3.8 Tempo**

A enfermagem dialogal inserida num mundo real deve ser concebida tal como acontece no tempo cronológico, também no tempo vivido pela parturiente e pela enfermeira (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Quando se diz que a enfermeira está com o paciente nas 24 horas do dia, isso não é verdade, como função ela é permanente, porém se deve considerar que as enfermeiras são seres individuais e elas vão e vêm (conforme sua escala de plantão). Não se pode esquecer que a transação intersubjetiva viva acontece entre uma enfermeira e uma parturiente singular (PATERSON; ZDERAD, 1979).

As enfermeiras dizem, com frequência, que não têm tempo suficiente para prestar cuidados da forma como gostariam, mas que mesmo assim, tratam de “fazer dar um tempo” para aquelas pacientes que lhes perguntam: dispõe de um momento?

O paciente vive seu tempo em referência ao aborrecimento, à pena, à solidão, à separação, à espera. O diálogo da enfermagem se desenvolve no tempo cronológico pois, tanto a enfermeira como o paciente, vivem este sob o ponto de vista de seu próprio tempo interior (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.65, tradução nossa).

No diálogo genuinamente intersubjetivo a enfermeira está sincronizada e o seu fazer evidencia o “estar com”, o “fazer com” a parturiente, de modo que quando ela percebe a oportunidade para o diálogo, faz uma adequação do ritmo de seu chamado e resposta, à capacidade da parturiente para chamar e responder naquele momento, assim ela espera, antecipa, quase inconsciente ou intuitivamente, a parturiente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

### **3.3.9 Espaço**

O ambiente físico pode servir para facilitar ou impedir o diálogo da enfermagem. As experiências prévias da parturiente podem fazê-la associar mentalmente àquele lugar (parto anterior, hospitalização anterior, sala de emergência, centro cirúrgico) e fazê-la desejar estar em outro lugar. Mesmo sendo uma maternidade agradável, ela vai dizer que preferia estar em casa. Para a enfermeira estar de verdade, com a parturiente implica que a conheça em seu espaço vivo, em seu aqui e agora (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A pessoa pertence a seu lugar e quando se encontra em um lugar novo, pode sentir o incômodo de não pertencer a ele.

[...] quando se trata de um ambiente desconhecido, isto é

verdade tanto para a enfermeira como para o paciente. Uma vez mais respeito a isso, o diálogo da enfermagem é estimulado pela consciência que a enfermeira tem não só de sua própria experiência do espaço, sim também do paciente (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.67, “tradução nossa”).

### **3.3.10 Acolhimento**

É o estabelecer de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais, também nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade convergente-assistencial. Esse tipo de pesquisa foi proposto por Mercedes Trentini e Lygia Paim, brasileiras, enfermeiras, doutoras e docentes de enfermagem. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) traça um desenho que une o fazer e o pensar na prática em Saúde-Enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

A minha opção por este referencial decorreu da necessidade sentida em articular teoria e prática na construção de conhecimentos novos em enfermagem, já que, segundo suas autoras, esta modalidade de pesquisa procura manter em todas as fases do processo investigativo, uma estreita relação com a prática assistencial, tendo como finalidade “encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

A abordagem metodológica da PCA, no entendimento de Trentini e Paim (2004, p.29), “é o ‘saber fazer’ une-se ao ‘saber pensar’, mediante o processo de ‘aprender a pensar o fazer’, e este culminará para o ‘refazer’”. Assim, a PCA promove maneiras eficientes de concretizar mudanças significativas na prática da enfermagem ou na prática de outras profissões da saúde. Este método articula a prática profissional com o conhecimento teórico, faz do pesquisador um sujeito participante e corresponsável no processo de pesquisa.

Neste tipo de investigação o tema da pesquisa deve emergir da prática profissional cotidiana do investigador, e assim sendo, estará relacionado à situação-problema da prática. O desenho metodológico da PCA permite que as ações desenvolvidas na prática assistencial possam concomitantemente ser incorporadas ao processo de pesquisa, do mesmo modo que as ações de cunho investigativo podem ser igualmente incorporadas na prática assistencial desenvolvida.

De acordo com a definição de Trentini e Paim (2004), a PCA é aquela que inclui uma variedade de métodos e técnicas de coleta e análise de dados, pelo fato de que além de obter informações, a pesquisadora envolve os sujeitos significativos ativamente nos processos de pesquisa e assistência. Tem como principal característica a articulação intencional com a prática assistencial, a qual colabora

principalmente para a coleta de dados da pesquisa.

Os principais indicadores de identidade da PCA são: 1) Manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. 2) O tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo da pesquisa. 3) O pesquisador assume o compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado. 4) A PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática. 5) Os pesquisadores deverão estar dispostos a inserirem-se nas ações das práticas de saúde no contexto da pesquisa durante seu processo. 6) A PCA permite incorporação das ações de prática assistencial e outras práticas relacionadas à saúde no processo de pesquisa e vice-versa (TRENTINI; PAIM, 2004, p.157).

A PCA possui outra característica, que é considerada importante, pois ressalta que sua utilização implica no compromisso de trazer benefícios para o contexto assistencial, não só durante, mas também após o processo investigativo.

Caracteriza-se por movimentos de proximidade, distanciamento e convergência do saber-fazer profissional, oportunizando trocas recíprocas de informações ao longo dos processos da prática assistencial e da pesquisa.

A prática não se restringe à aplicação concreta dos conhecimentos teóricos, por mais que isto seja parte integrante. Prática, como teoria, perfaz um todo, e como tal está na teoria, antes e depois. Sobretudo, prática não aparece apenas como demonstração técnica do domínio conceitual, mas como modo de vida em sociedade a partir do cientista (DEMO, 2000, p. 59).

Essa referência citada por Demo (2000) reforça que o “saber-fazer”; à revelia da teoria, pode valorizar as técnicas utilitárias imediatistas.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004) a escolha do espaço físico da pesquisa (local do estudo) é compreendida como o local onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública do interior do Estado de Santa Catarina. A maternidade foi inaugurada em março de 1972, com o compromisso de ser referência no atendimento obstétrico diferenciado para a região, ou seja, atendimento com qualidade técnica e humana.

Em 1987 foi criado o Banco de Leite Humano, com o intuito de incentivar o aleitamento materno, propiciando às mulheres nutrizas apoio e orientação nas questões técnicas e culturais relacionadas à amamentação. Este procedimento diminuiu os altos índices de desmame precoce que ocorriam naquela realidade e, conseqüentemente, reduziram as internações pediátricas devido à intercorrências como diarréia e desidratação, ocasionadas pela introdução de leite artificial – fenômenos frequentes na região antes da existência do Banco de Leite (NASSIF, 2009).

Segundo a mesma autora, como reconhecimento à mudança de condutas e rotinas, também o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, em agosto 1994 recebeu o título “Hospital Amigo da Criança”, o primeiro título conquistado por uma instituição na região Sul do Brasil. Esta homenagem foi atribuída pela Iniciativa Hospital Amiga da Criança, (IHAC) do MS, idealizada em 1990 pela OMS e pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF) para promover, para proteger e apoiar a amamentação.

Em 1997 esta maternidade recebeu um prêmio da Rede Brasil Sul de Comunicação, pelo trabalho de incentivo ao aleitamento materno. Como a premiação consistia em recursos financeiros, a verba recebida possibilitou a aquisição de um automóvel utilitário, materiais e equipamentos para as atividades educativas desenvolvidas no Banco de Leite Humano (NASSIF, 2009).

A maternidade possui 40 leitos, sendo trinta e um credenciados pelo Sistema Único de Saúde, destinados para a assistência obstétrica e nove para a assistência neonatal. Estes últimos estão distribuídos na UTI neonatal (cinco leitos) e na UTI intermediária (quatro leitos). Estas duas unidades para assistência neonatal foram inauguradas em 29 de março

de 2.008. A maternidade faz atendimento às gestantes de baixo e médio risco, com uma média mensal de aproximadamente 100 nascimentos por mês (NASSIF, 2009).

A maternidade possui a missão de prestar assistência segura e humanizada em obstetria e neonatologia, é reconhecida como referência para a região do Planalto Norte Catarinense (MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS, 2007).

Atualmente, a maternidade atende preferencialmente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se trata de uma instituição pública, mas presta também atendimento a pacientes de convênios como UNIMED, Instituto de Previdência do Município, FUSEX e particulares, sendo 7 leitos. Oferece atendimento obstétrico e neonatal, psicológico, fisioterápico, serviço social e fonoaudiológico. Os recém-nascidos saem da maternidade com o seu registro civil, uma vez que há uma agência cartorária nas suas dependências. Também recebem a primeira dose da vacina contra hepatite B, fazem o teste da orelhinha e do olhinho. Os prematuros internados na UTI neonatal coletam o exame do pezinho na própria maternidade. Além disso, a instituição possui serviço de radiologia próprio e convênio para exames de imagem (ultrasonografia) para as gestantes e bebês que necessitam de acompanhamento especializado (NASSIF, 2009).

O quadro funcional da instituição é composto pelos seguintes colaboradores: 11 enfermeiras (4 obstétricas), 6 médicos obstetras, 6 pediatras, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 fisioterapeutas e 42 auxiliares e técnicos de enfermagem, além de outros profissionais nos setores de cozinha, limpeza, lavanderia, portaria, entre outros.

A área física da maternidade está muito diferente de quando foi inaugurada, pois necessitou ampliação e adequação para acomodar os serviços atualmente existentes. No ano de 2001 o bloco cirúrgico foi totalmente reformulado, com a finalidade de atender às exigências técnicas para esta área, com a construção de barreiras físicas, melhorando o fluxo de pessoas e materiais para o centro obstétrico e para o centro de materiais de esterilização (CME), seguindo as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH (NASSIF, 2009).

A maternidade é constituída pelos seguintes setores assistenciais: Neonatologia (unidade intensiva e intermediária), Bloco Cirúrgico, Alojamento Conjunto e Banco de Leite Humano.

O **Bloco Cirúrgico** compreende a Central de Materiais e Esterilização (CME), uma sala de curetagem, uma sala de ressuscitação

neonatal e três salas de parto, sendo duas destinadas preferencialmente para a realização de partos cirúrgicos, uma especialmente destinada à realização de partos vaginais distócicos e eutócicos. Neste local atua uma equipe de enfermagem específica, composta por 12 profissionais de nível médio, coordenados pela enfermeira responsável pelo Alojamento Conjunto (NASSIF, 2009).

O **Alojamento Conjunto** é composto por 18 quartos de internação (sendo 7 destinados a convênios e particulares e 11 para usuários do SUS), onde permanecem tanto as gestantes em tratamento clínico obstétrico, como também àquelas que se encontram em trabalho de parto e pós-parto. Além dos 18 quartos, há também uma sala com 3 leitos obstétricos, destinados às mulheres que se encontram em franco trabalho de parto, sendo que ali também eventualmente ocorrem partos vaginais. No Alojamento Conjunto há um posto de enfermagem, estrategicamente posicionado, de onde a equipe de enfermagem coordena a assistência a todas as gestantes, parturientes e puérperas. As enfermeiras, além de serem responsáveis pela gerência do cuidado, realizam partos na sala de pré-parto. Em cada plantão no Alojamento Conjunto há uma enfermeira e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Este profissional de nível médio auxilia a enfermeira no cuidado à parturiente, realizando também os controles obstétricos e demais procedimentos. Os plantões são de 6 e ou 12 horas durante o dia e de 12 horas durante o período noturno (NASSIF, 2009).

A sala na qual realizam os partos, ocupa lugar de destaque no Alojamento Conjunto. Diferente de outras instituições, não está situada no bloco cirúrgico ou obstétrico, o que permite à parturiente maior liberdade de movimentação, inclusive para deambular fora do quarto, mantendo maior contato e intimidade com os familiares que porventura estejam a acompanhando. Esta sala está situada entre os quartos, logo em frente ao posto de enfermagem, composta por três leitos separados lateralmente com uma divisória de MDF e cortinas *blecault*, o que permite manter a privacidade da paciente e seu acompanhante, porém não impede a propagação de sons. Possui um banheiro exclusivo para as parturientes e tem disponível um aparelho de som para ouvirem música, se assim desejarem, “bola de Bobath”, para exercícios da parturiente e outros pequenos equipamentos para a realização de massagem. Apesar de não possuir cama de estrutura PPP, ou seja, pré-parto, parto e pós-parto, a sala de pré-parto está preparada para o atendimento de partos normais sem distócia (NASSIF, 2009).

A gestante, ao dar entrada na maternidade, segue o seguinte fluxo: é recebida no hall da entrada principal, onde se situam os setores



de recepção e de admissão. A equipe de recepção (composta por auxiliares administrativos) recebe a mulher e comunica a enfermeira do Alojamento Conjunto, que faz então o acolhimento e o exame para a sua admissão. As mulheres que procuram a maternidade quase sempre chegam por demanda espontânea, ou seja, por estar em trabalho de parto ou por outra intercorrência clínica obstétrica, ou por encaminhamento médico do pré-natal. Após a triagem pelo exame obstétrico, a enfermeira comunica ao médico responsável pelo plantão sobre as condições da gestante e então é realizado o internamento ou encaminhamento necessário (NASSIF, 2009).

A equipe médica que atende no Bloco Cirúrgico é a mesma que atua no Alojamento Conjunto. No período diurno há sempre um obstetra e um pediatra responsáveis pela assistência, porém estes o cumprem em regime de sobreaviso. No período noturno permanecem de plantão um obstetra e um pediatra que atuam das 20 horas até as 8 horas do dia seguinte. Somente passam visita às clientes, na instituição, na primeira hora da manhã e tomam conhecimento acerca das clientes internadas. Após, saem para atividades extra-hospitalares, mantendo-se, no entanto, em sobreaviso, ou seja, só comparecem novamente ao hospital de forem chamados pela enfermeira para a realização de cesáreas, em situações de partos distócicos, ou qualquer outra situação que a enfermeira necessite da presença do médico (NASSIF, 2009).

A referida instituição atende somente casos de obstetrícia e neonatologia, têm em média 60 partos vaginais/mês, já a taxa de cesárea está em torno de 40 a 45%. A taxa de ocupação ao mês varia de 60 e 80 % (MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS, 2009).

Tendo compromisso com a formação de outros profissionais, a unidade abre espaço para o ensino, servindo de campo para a prática assistencial e estágios curriculares de estudantes de cursos de nível médio e superior em Enfermagem e da graduação em Fisioterapia, além de oportunizar a realização de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) desses alunos e daqueles de Psicologia e Administração da Universidade do Contestado - Campus Mafra, SC.

A maternidade é reconhecida como serviço de referência em neonatologia de risco, recebendo gestantes, mães e recém-nascidos procedentes de Mafra, Monte Castelo, Major Vieira, Canoinhas, Três Barras, Rio Negrinho, São Bento do Sul, Itaiópolis, Santa Terezinha e Rio Negro, esta do Estado do Paraná.

Atualmente, a instituição possui quatro enfermeiras obstétricas, que são responsáveis pela admissão da mulher em trabalho de parto, pelo acompanhamento da evolução do processo de parir. Por

acompanhamento obstétrico se entende o controle dos batimentos cardíaco-fetais, da dinâmica uterina, da dilatação cérvico-uterino, da descida da apresentação fetal, do gotejamento do fluido intravenoso em casos de indução do trabalho de parto (sob prescrição médica), aplicação das técnicas alternativas de alívio à dor, higiene e conforto, dos sinais vitais, avaliação de anormalidades e aparar o bebê no período expulsivo, bem como realizar os cuidados de reanimação ao recém-nascido na ausência do pediatra.

A enfermeira obstétrica não está credenciada para “fazer o parto”, no sentido de não estar formalizado para legalmente assinar a autorização de internamento hospitalar (AIH). No entanto, ocorre eventualmente quando o obstetra não se faz presente, por estar em outro procedimento quando ocorrem partos simultâneos, cesariana e/ou curetagem uterina, devido à chegada da parturiente já em período expulsivo, devido a impedimento pessoal ou por pactuar com a enfermeira obstétrica do plantão para assumir se prontificando em vir imediatamente, caso ela precise. Essa situação ocorre somente com as clientes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). O livro de registro de procedimentos do Centro Obstétrico (CO) aponta uma média de dez partos/mês atendidos pela enfermeira obstétrica e isso representa 16% dos partos normais.

Nessa situação a enfermeira obstétrica assiste o parto e o nascimento no pré-parto ou na sala de parto tradicional, respeitando o desejo da parturiente e apoiando-a em suas necessidades. As técnicas de enfermagem que atuam diretamente nos cuidados às parturientes no alojamento conjunto, possuem perfil profissional e qualificação para esse apoio, sendo dedicadas e carinhosas com as mulheres. Apesar da presença do acompanhante de escolha da mulher ser um direito garantido por lei, ainda enfrentam resistência por parte de alguns membros da equipe de saúde para que o mesmo seja cumprido.

O modelo de assistência ao parto que prevalece na instituição é o biomédico, centralizado no saber médico, apesar da instituição ser reconhecida com os prêmios que emanam da política governamental de humanização ao nascimento e parto.

#### 4.3 SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO

Os sujeitos significativos deste estudo foram mulheres, que na condição de parturientes vivenciaram o processo de parir assistidas por

mim, enfermeira obstétrica na Maternidade Dona Catarina Kuss, Mafrasc, sendo esse o único critério de inclusão e o consentimento livre e esclarecido em participar do estudo.

Na pesquisa de natureza qualitativa, na modalidade da PCA, não são estabelecidos critérios rígidos para a seleção e o tamanho da amostra, devendo este ser definido à medida que se percebe a repetição, redundância das informações..., ou seja, a saturação dos dados. Isto porque nesta modalidade de pesquisa é valorizado não o princípio de generalização, mas o da representatividade quanto à profundidade e à diversidade das informações a serem obtidas (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. “A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2001, p.43).

O número de sujeitos não foi determinado antes de iniciar a coleta de dados, pois dependia das informações fornecidas pelas participantes (parturientes). A amostra foi definida à medida que as informações foram se repetindo. A definição do número de sujeitos ficou condicionada à compreensão do fenômeno, o que se deu ao completar nove sujeitos significativos, levando-se em conta sinais como: o olhar, o franzir da testa e os gestos realizados pelas parturientes. Passarei a designar os sujeitos significativos da pesquisa pelas letras do alfabeto grego.

Feito tais considerações, segue a apresentação do perfil sócio-demográfico dos nove sujeitos significativos do estudo (Quadro 1) incluindo a idade, grau de instrução, procedência, estado civil, ocupação e paridade:

Sujeitos significativos do estudo	Idade	Grau de instrução	Procedência	Estado civil	Ocupação	Paridade Anterior
Alfa	25	Médio	Mafra	Casada	Vendedora	1
Beta	20	Superior Inc.	Papanduva	Solteira	Estudante	-
Gama	22	Fundamental	Major Vieira	União Consensual	Do lar	1
Delta	26	Fund. Inc.	Mafra	Casada	Do lar	2
Epsilon	20	Médio	Itaiópolis	Casada	Lavradora	-
Zeta	26	Fundamental	Rio Negrinho	União Consensual	Diarista	3
Eta	23	Médio	Mafra	Casada	Vendedora	1
Theta	27	Médio Inc.	Mafra	Casada	Do lar	1
Iota	23	Fund. Inc.	Itaiópolis	União Consensual	Lavradora	6

**Quadro 1:** Perfil sócio-demográfico

Assim, constatei que as características sócio-demográficas dos sujeitos significativos do estudo são bastante heterogêneas. Uma característica comum é a idade, pois todas são jovens na faixa de 20 e 27 anos, sendo que a média de idade é de 23 anos e meio. Nenhuma adolescente fez parte do estudo, embora não fosse critério de exclusão.

O grau de instrução variou desde a que se julga analfabeta por ter apenas a 2ª série do 1º grau, até a que está cursando o nível superior, porém prevalece o baixo nível de escolaridade nas participantes desta pesquisa.

O local de procedência de maior frequência é o município de Mafra (4), seguido por Itaiópolis (2), Major Vieira (1), Papanduva (1), Rio Negrinho (1), o que confirma que a instituição atende toda a região do Planalto Norte Catarinense, sendo referência secundária na atenção obstétrica.

Quanto ao estado civil percebi que cinco são casadas legalmente, 3 vivem em união consensual e uma é solteira. Quanto à ocupação, percebeu-se que três delas se dedicam ao lar, aos cuidados dos filhos, duas têm emprego formal como vendedoras, duas são trabalhadoras da lavoura, uma é estudante e uma faz serviços domésticos como diarista, porém reclama que está difícil conseguir cliente.

Apenas duas mulheres estão vivenciando sua primeira experiência de parir, quatro já tiveram vivência com o parto vaginal de seu primeiro filho, uma já teve 2 partos normais, duas são múltiparas, tendo 3 e outra teve 6 partos vaginais anteriores.

A seguir a apresentação do contexto no momento da admissão de

cada sujeito significativo da pesquisa, bem como a percepção da mesma.

### Alfa

É uma jovem de 25 anos, possui o 2º grau, casada legalmente, residente em Mafra, trabalha como vendedora no comércio local e tem um filho de cinco anos.

Mulher forte, decidida e comunicativa, mãe “coruja” que fala muito e com muito carinho de seu filho. Custou para que o marido a convencesse a engravidar novamente, pois, a lembrança do primeiro parto era muito forte. O marido é caminhoneiro. A família vive confortavelmente numa casa de alvenaria, próximo ao centro de Mafra. O bebê foi esperado com muita alegria por toda a família.

Chegou à instituição acompanhada do esposo, bem disposta, mas sentindo as contrações e as manifestando fisicamente por meio de “caretas” e arqueamento do corpo. A admissão de Alfa e o parto ocorreram dia 11 de abril, às 9 h e às 14 h, após 5 h de trabalho de parto. Foi um parto vaginal com episiotomia consentida e o menino pesou 4.140 gramas.

### Beta

É uma jovem de 20 anos, solteira, estudante do 3º grau, procedente de Papanduva, mora com a tia em Mafra, para estudar.

Definitivamente uma gravidez não estava em seus planos, ainda mais, após sair da casa de seus pais de um município vizinho e estar morando com a tia em Mafra. Seu namorado está apoiando-a, ele parece ser um pai responsável e ela pode contar com seu apoio e de seus familiares.

Chegou às 08h30min, em companhia da tia, reclamando bastante das contrações e referindo ter passado a noite sem dormir e com dores fortes e não suportaria voltar para casa esperar mais. O nascimento ocorreu dia 1º de maio, uma hora após sua entrada na maternidade, uma menina de 3.730 gramas. Foi um parto vaginal sem episiotomia, com laceração de 1º grau, em pele e mucosa, sendo necessário suturar.

### Gama

É uma jovem de 22 anos, possui o 1º grau incompleto, vive em união consensual e numa relação tumultuada. Pensa em se separar, atualmente só cuida da filha de 11 meses e da casa.

Para Gama, tudo aconteceu muito rápido em sua vida, pois logo na primeira experiência sexual engravidou. Então se uniu ao namorado e nasceu um bebê prematuro que exigiu muito dela. Agora, passado 11

meses, já estava tendo o seu segundo filho, também prematuro. Procedente de família carente, pois a mãe já havia doado 3 filhos para outras famílias criarem. Gama viu nessa atitude a possibilidade de sair de casa com a filha mais velha e recomeçar a vida. Cansada de ficar sozinha, sem lazer, com medo das agressões físicas e morais do marido a ela e à menina, por motivos banais. Gama foi interceptada por um casal que desejava adotar o bebê que ela esperava

Gama chegou à maternidade às 14h15min do dia 12 de maio de 2009, trazida por conhecidos, totalmente descontrolada, desesperada, referindo contrações intensas. Apenas 17 minutos após a sua admissão, nasceu o bebê prematuro de 33 semanas de gestação, às 14h32min, com 1.930 gramas. Foi um parto vaginal, sem episiotomia, teve uma pequena laceração de mucosa anterior, sendo realizado um ponto de sutura.

### Delta

É uma jovem de 26 anos, portadora de hipertireoidismo, possui a 2° série do 1° grau, casada legalmente, residente em Mafra, do lar e mãe de duas meninas.

Para Delta a chegada de um filho homem foi um presente maravilhoso, seu esposo estava muito feliz. Porém, essa experiência estava sendo preocupante, pois essa gestação tinha apenas 32 semanas e Delta temia pelo que pudesse vir a acontecer ao bebê nascendo prematuro. O marido era participativo e demonstrava ser muito atencioso, estando presente sempre que a esposa precisava afinal, diz ela:

*Eu tenho pouco estudo e não sei explicar as coisas para ele (Delta).*

E assim, acreditando em Deus, com confiança Delta colaborou e sabe o que fazer e tudo o que depender dela o fará, sempre pensando no bem-estar de seu filho.

Delta internou dia 9 de maio de 2009 em trabalho de parto prematuro e em companhia do esposo. Como a inibição do trabalho de parto foi ineficaz, o parto vaginal ocorreu dia 12 de maio, às 20h30min, sem episiotomia e sem laceração. Nasceu um menino, com 2.200 gramas.

### Epsilon

É uma jovem de 20 anos, possui o segundo grau completo, casada

legalmente, residentes no interior de Itaiópolis, trabalha na lavoura de fumo.

Muito trabalhadora, ela e seu esposo lutam para ter conforto e dignidade na vida na área rural de Itaiópolis.

*Nada fácil é a vida de fumicultores, porém temos força e estamos começando nossa vida! (Epsilon) Diz, com fibra.*

Chegou à maternidade trazida pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU - no dia 22 de maio de 2009, às 11h20min, acompanhada do esposo que esteve presente o tempo todo. Coincidentemente o parto vaginal com episiotomia ocorreu às 22h20min do mesmo dia, tendo 12 horas de pré-parto. Nasceu uma menina, que pesou 3.810 gramas.

### Zeta

É uma jovem de 26 anos, possui o primeiro grau completo, vive em uma relação conturbada com companheiro em união consensual e pensa em se separar. Não tem residência própria (ora mora com a sogra, ora com a mãe, ora com parentes), trabalha como diarista sempre que surge a oportunidade, tem três filhos de parto normal, sendo as idades de 10, 6 e 4 anos.

Dar à luz não é exatamente o que ela queria nesse momento. Casada muito jovem (aos 14 anos), teve que amadurecer muito cedo, ser mãe aos 15 e já ter 4 filhos aos 26 anos é muita responsabilidade, ainda mais quando o casamento não vai bem (o marido a trata mal, pois a agride física, sexual e psicologicamente); quando se vive de favor na casa de parentes; quando não se tem suas coisas e não se pode organizar seu espaço. Zeta quer dar um jeito em sua vida, quer casa, quer trabalhar e se realizar como costureira, criar seus filhos e ter paz. O retardo de crescimento intra-uterino só é reflexo de uma gestação nervosa, na qual fumou muito e não se alimentou adequadamente, como fuga para superar as dificuldades financeiras e emocionais. Seu marido é doente, tem mal de Chagas e é muito nervoso, maltratando e humilhando-a. Recebe apenas o auxílio saúde de um salário para pagar aluguel, água e luz, na cidade de Rio Negrinho, onde ficaram suas coisas. Atualmente, estavam morando com a sogra.

Chegou à maternidade no dia 27 de maio, às 14 h, trazida pela ambulância de Rio Negro, em trabalho de parto ativo, às 16 h nasceu um menino, com 1.950 gramas de parto vaginal sem episiotomia ou laceração.

### Eta

É uma jovem de 23 anos, possui o 2º grau completo, casada legalmente, residente em Mafra, trabalha como vendedora numa loja da cidade. Já teve um filho de parto normal há seis anos. Eta esperava o segundo filho e seu marido, trabalhador de uma fábrica de móveis, fazia o que podia para estar presente. Sempre muito carinhoso com Eta, dava a força e o apoio que ela precisava nesta hora.

Internou dia 25 de maio de 2009, às 9 h, em companhia da mãe (o marido estava trabalhando). Às 20h15min nasceu um garotão de 4.550gramas, de um parto vaginal sem episiotomia e com laceração de 2º grau.

### Theta

É uma jovem de 27 anos, possui o segundo grau incompleto (está fazendo o supletivo), moradora no interior de Mafra, casada legalmente, do lar, teve um parto normal há 6 anos atrás. Theta é mãe de uma menina de seis anos, que é filha de um relacionamento não assumido pelo pai, porém seu atual companheiro a trata com muito carinho e a considera como sua filha legítima. Possui boas condições de vida, mas tudo muito simples. O marido trabalha como empregado numa granja. São evangélicos e preservam suas crenças religiosas.

Chegou à maternidade dia 24 de maio, às 08h55min, acompanhada do esposo. Sabia por experiência própria que não deveria vir muito cedo para a maternidade, então chegou já com nove centímetros de dilatação. Contava com o carinho e o encorajamento de seu marido, que não a deixava duvidar de sua capacidade. Às 10h30min nasceu um menino, com 1.890 gramas, de parto vaginal sem episiotomia ou laceração.

### Iota

É uma jovem de 23 anos, possui apenas o ensino fundamental, reside no interior de Itaiópolis, casada legalmente, trabalha com o marido na lavoura, teve seis partos normais, a mais velha há nove anos e a mais nova há 1 ano e 3 meses atrás.

A família enfrenta muitas dificuldades para sobreviver, retiram da terra o sustento plantando milho, feijão, batata, aipim, um pouco de tudo. Teve uma gestação seguida da outra, com intervalo igual à inclusão de outros alimentos à dieta do bebê e falha do anticoncepcional inadequado. Carente de tudo, principalmente de informação e acesso aos serviços de saúde. Iota é mãe por instinto, refere que teve que aprender tudo sozinha, a parir, a cuidar dos filhos, a ser mãe.



Iota chegou à maternidade às 10h20min do dia 9 de junho de 2009, trazida de Itaiópolis pelo SAMU. Às 16 h nasceu de parto vaginal sem episiotomia ou laceração, uma menina de 4.255 gramas.

#### 4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A PCA é uma metodologia versátil, pois abrange processos de assistência e pesquisa entendendo que a situação em estudo não se mantém estável durante o período do estudo. “Nesse caso o pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém, assim, este tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92).

Na prática da PCA nem sempre as estratégias definidas são cumpridas conforme o planejado, mas se adequando ao que vai sendo requerido no processo, isso tem intencionalidade, limites e possibilidades rigorosamente controlados.

Na PCA, as estratégias na coleta de dados são diferentes da assistência, pois possuem indicações pré-estabelecidas e reconhecidas e que podem ser colocadas em ação a partir do julgamento da situação avaliada pela enfermeira assistencial (rotineiro, habitual, automatizado ou liberado), naquela, pela observação ou pela entrevista, é viabilizado o enfrentamento da sensibilidade, do não dito, da emoção, da intuição.

Na prática têm-se como características o espontaneísmo, o praticismo e o mecanicismo; em contraponto, na pesquisa, tem-se a espontaneidade, a prática teorizada e a relação humanizada.

As normas e rotinas institucionais direcionam a prática diária, sendo reconhecidas pelo profissional que presta os cuidados. Na PCA o movimento é instituinte e, portanto, não se rege pela normatização da assistência, é a pesquisa que age sobre a assistência. Trentini e Paim (2004) dizem que: a assistência faz uma ancoragem numa aprendizagem significativa, parando-se para, através da observação, aprender e produzir conhecimento novo naquele aspecto que se propôs. É como se o pesquisador/assistente se afastasse e se aproximasse do objeto de estudo e conversasse entre eles e sobre eles, como se utilizasse uma lente que aproxima e afasta para “ver” de maneira mais nítida.

A enfermagem é uma forma de diálogo vivido, em que a enfermeira e a parturiente relacionam-se de forma criativa, através do encontrar-se, relacionar-se e do estar presente. Há um encontro entre

pessoas, onde há uma demanda e uma resposta; há uma relação que pode apresentar-se como relação sujeito-objeto ou sujeito-sujeito, tipos de relação importantes na vida humana genuína. No primeiro caso, as pessoas têm contato com objetos verdadeiramente ou com pessoas, através de abstrações, conceitualizações, categorização, rótulos; enquanto no segundo caso, ocorre uma abertura recíproca na relação.

No início de 2009, durante o meu turno de trabalho, comecei a observar mais atentamente as situações e em qual contexto as parturientes eram atendidas no processo de parir, pelas enfermeiras obstétricas, conversando com elas sobre a satisfação e os sentimentos em relação à essa vivência. Observando o livro de registros de nascimentos, percebi que estes aconteciam mais à noite, o que me vislumbrou a possibilidade de ficar à noite para cumprir com o meu objetivo, o qual era atender a mulher no período de dilatação, expulsivo, dequitação e Greenberg.

Com o objetivo de informar à equipe de saúde e ganhar seu apoio e colaboração, inicialmente realizei um processo de sensibilização para a compreensão da pesquisa, que ora iniciava. Também conversei com as colegas enfermeiras para que mantivessem contatos comigo, quando examinassem mulheres em fase latente ou ativa no trabalho de parto.

Como a instituição onde atuo não credencia a enfermeira obstétrica para assinar laudo e assumir a atenção ao processo de parir, embora estes aconteçam, foi necessário pactuar com os obstetras a permissão para que eu assumisse os cuidados as parturientes as quais concordassem em participar do estudo. Obtevi vários posicionamentos dos obstetras, houve aqueles que concordaram, colocando-se à disposição caso precisasse, os que disseram preferir estar presente no período expulsivo e dequitação, sem interferir, e aqueles que não demonstraram receptividade. Os obstetras que preferiam estar presente justificaram-se referindo ter a responsabilidade pelo plantão, mas ao estar presente interferiam, principalmente porque não tinham paciência para deixar o processo evoluir naturalmente. Dessa forma, fui escolhendo os plantões nos quais poderia aplicar a pesquisa e aqueles nos que não poderia. Durante esse processo foi se embasando, incorporando de forma mais aprofundada os conceitos que nortearam a pesquisa assistencial, segundo havia me proposto.

#### **4.4.1 O processo de cuidar adaptado a partir da enfermagem humanística**

A assistência/pesquisa foi planejada utilizando o processo de cuidar e pesquisar das três primeiras fases da enfermagem fenomenológica da Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad, compostas por: o ser que cuida e se prepara para conhecer o outro; o ser que cuida e conhece intuitivamente o outro; e o ser que cuida e conhece cientificamente o outro, norteadas pelo diálogo vivido e pela entrevista, além de documentos os quais têm como elementos: o encontro, a relação, a presença e chamado-resposta. Assim, observei de forma intencional o comportamento dos envolvidos, ou seja, parturiente e cuidadora; as respostas frente aos cuidados; a solicitação dos mesmos; a verbalização de sentimentos e preocupações; as reações frente ao recém-nascido; olhares, toques e envolvimento com o bem-estar e o estar bem.

Eu, como pesquisadora, busquei interagir através da observação/acompanhamento do processo de parir, focando as informações referentes ao fenômeno estudado. Desta forma a admissão, o pré-parto, o expulsivo, o período de dequitação e de Greenberg foram planejados de modo que a pesquisa e a prática convergissem no processo de cuidar da enfermagem humanística de Paterson e Zderad.

O diálogo vivido foi coerente com o modelo adotado, possuía a propriedade de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social e implicou em temas existenciais relacionados com a vida das pessoas, sujeitos significativos do estudo. O ser humano foi a minha escolha e, a escolha do que é aqui e agora, depende do seu passado e dos caminhos particulares que percorreu.

Dessa forma pude conhecer o que as parturientes faziam..., o que falavam..., com quem falavam..., o que pensavam da vida..., como era seu existir-no-mundo..., no que acreditavam..., como se comportavam no processo de parir..., e também quais suas expectativas diante da vivência deste processo. Também apurei o olhar sobre os aspectos do diálogo vivido no qual se estabelecia o encontro, a relação, a presença e o chamado- resposta em busca do bem-estar e do estar melhor da mulher, no processo de parir.

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente da Unidade de Alojamento Conjunto da MDCK, no qual existe uma sala de descanso da enfermagem, que permitiu o conforto e a privacidade de forma a não perturbar o diálogo vivido para outras pacientes. O quarto foi o local de

escolha, já que estavam sozinhas, sendo também a opção da puérpera. Da mesma forma foi respeitado o horário mais adequado para a entrevista.

Posteriormente, procedi ao que denominei de **Conhecimento intuitivo**, pois busquei identificar os indicadores da relação Eu-Tu, e o **Conhecimento científico** que aconteciam simultaneamente, na qual procurei identificar os indicadores do conhecimento científico do outro: Eu-Isso. Para tanto observei de forma intencional o comportamento das parturientes. Registrei como estavam reagindo durante as contrações, solicitando e recebendo os cuidados através de seus depoimentos e questionamentos, bem como o envolvimento através de falas e olhares durante todo o processo de parir.

Todo o processo de cuidar na metodologia humanística ocorre simultaneamente no raciocínio semiológico/semiotécnico do profissional que cuida, porém aqui recorri ao instrumento elaborado na forma de planilha que permite identificar as etapas percorridas neste processo.

O cuidado na metodologia da enfermagem humanística recebeu a denominação de chamado-resposta, porque é percebido e oferecido durante todo o processo a partir do diálogo vivido. No **Chamado** ocorre o exercício de autonomia profissional, facilitando a interação com os sujeitos significativos, dando clareza ao manejo necessário para o bem-estar e o estar melhor da mulher de acordo com suas necessidades individuais ou coletivas (o chamado ocorre de várias maneiras, pode ser direto e objetivo ou subjetivo na interação enfermeira-parturiente).

A **Resposta** ao chamado de cuidado percebido no encontro, relação e presença genuína do diálogo vivido é oferecida da mesma forma, sendo que a presença da enfermeira junto à parturiente pode ser entendida como chamado ou como resposta, pois na relação intersubjetiva, a parturiente não precisa verbalizar se quer a enfermeira a seu lado, ela percebe intuitivamente esse chamado e assim também é em relação a outros cuidados que ela presta. O chamado-resposta fortalece o “*self*” da enfermeira, pois ao proporcionar conforto, bem-estar e ser mais da mulher no processo de parir, sente-se também fortalecida.

A seguir, as explicitações ds três etapas percorridas, sempre fazendo o paralelo com as posições das teóricas.

#### 4.4.1.1 Primeira Etapa da Enfermagem Humanística: o ser que cuida e se prepara para o conhecimento dos sujeitos da pesquisa

Nesta fase, segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira prepara a mente para conhecer o campo da prática ou o campo da pesquisa com leituras de literaturas que levem à reflexão sobre a prática da enfermagem e que estimulem a reflexão crítica da enfermeira sobre a percepção que o ser humano tem de si mesmo e de suas relações com o mundo.

Neste momento, preparei-me para o autoconhecimento. O caráter transacional intersubjetivo da enfermagem não pode passar despercebido quando se vive o fenômeno. Durante a realização da entrevista ocorreu em um evento inter-humano.

Refleti a respeito de como aconteciam às transações intersubjetivas com o outro, ou seja, com as parturientes, a abertura, o toque, o deixar-se tocar, o olhar nos olhos, o tempo para se expressar verbal e não-verbalmente.

Fiz também a reflexão sobre a própria vivência, enquanto ser humano e mulher que já passei pela experiência do nascimento dos filhos, de como se deram as relações entre quem necessitava e quem prestava o cuidado. Fazendo esta retrospectiva, lembrei de sua experiência de parir, na qual fui submetida a duas cesarianas, indicadas devido à má formação congênita da cabeça do fêmur. Nas duas vivências percebi que as necessidades básicas de higiene e conforto foram satisfeitas, porém realizadas mecanicamente, delicadas sim, mas sem o envolvimento, sem a empatia, sem uma abertura para o diálogo..., e, esse comportamento, como profissional, acredito que muitas vezes também os reproduzi, talvez, devido ao excesso de demanda ou foco em outras necessidades deixei de estar inteira, de prestar atenção em aspectos subjetivos da relação cliente x profissional, o que hoje, a partir das leituras, trocas com outras colegas e vivências, dou mais valor.

Para Paterson e Zderad (1979), como transação humana, o fenômeno de enfermagem contém todos os potenciais e limitações humanas de cada participante. Por exemplo: o medo, a frustração, o desânimo, a solidão, a agressão, a impaciência, o desespero, a dor, o sofrimento são constituintes da enfermagem; assim como a ternura, o interesse, o carinho, a confiança, a alegria, a esperança. Como a enfermagem é uma vivência humana, o “conteúdo” da mesma inclui todas as respostas possíveis da parturiente em sua situação, tanto daquele que necessita como daquele que ajuda em um determinado

momento. E este é o verdadeiro potencial humano da enfermeira.

As leituras realizadas trouxeram-me ensinamentos, mas foram às reflexões acerca da experiência vivida e do potencial humano de ser e fazer enfermagem que facilitaram meu conhecimento interior e preparo para o prosseguimento.

“A investigadora deve estar consciente de seu próprio ponto de vista e democraticamente aberta para dar os pontos de vista que são evidentes nos dados, para dar a representação requerida” (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Portanto, nessa fase a enfermeira deve correlacionar seus conhecimentos ao seu “fazer vivido”, valorizando e dando um significado.

Isso envolve a disposição da enfermeira em se abrir para a percepção do outro, aprender a correr risco, adquirir experiência, podendo se preparar em estudos da humanidade, relacionando as experiências vividas à literatura (PATERSON; ZDERAD, 1979). Assim, compartilhei experiências pessoais e profissionais em relação ao processo de parir, visto que fui questionada pelas parturientes: você tem filhos? E respondia que sim, mas que não havia passado pelo parto normal, por “medo”. Fiz duas cesarianas num contexto de falta de informações e imaturidade. Por ser portadora de um problema físico congênito (luxação congênita do quadril esquerdo, temia o parto vaginal) e hoje acredito que seria diferente, que conseguiria ter parto normal.

Ao atuar como enfermeira obstétrica e participar de eventos, nos quais foram abordados os aspectos históricos, culturais, econômicos, sociais e físicos que permeiam o processo de parir, fui acumulando conhecimentos e estabelecendo as minhas crenças. O que me faz acreditar que toda mulher tem o poder de parir naturalmente. Dando-lhe a possibilidade de vir a ser e estar melhor e, neste processo, a enfermeira deve ser esse agente potencializador, catalizador de energia para completude do ato de parir.

No entanto, é reconhecida a importância do preparo para o parto normal durante a gestação, visando diminuir a ansiedade e informá-la de como se dará esse processo, também da influência de fatores externos na vivência íntima da mulher em parir, daí a necessidade da enfermeira acolher e dar abertura para conhecê-la em seu mundo, numa relação Eu-Tu verdadeira.

O cuidado humano é uma ação que envolve sentimentos entre a enfermeira e a parturiente e, portanto, deve ser fundamentada num processo interativo, respeitando-se a dimensão existencial do ser e

valorizando a expressão da experiência de vida de cada um no momento do cuidar. Portanto, o cuidado humano ocorre nessa dimensão intersubjetiva, numa relação dialógica de encontro genuíno entre ambos, em um movimento de complementaridade de sentimentos, ações e reações (PATERSON; ZDERAD, 1979). O cuidado humano se realiza de forma calorosa e atenciosa, em que as percepções dos profissionais associam-se a emoções e conseqüentemente resultam em tranquilidade e melhor autocontrole no trabalho de parto.

4.4.1.2 Segunda etapa da Enfermagem Humanística: o ser que cuida conhece o outro intuitivamente, na relação Eu-Tu.

A enfermagem humanística, segundo Paterson e Zderad (1979), é dirigida no sentido de incrementar as possibilidades de tomada de decisão responsável, dando-se a liberdade de aceitar ou não as alternativas possíveis.

Por estar num ambiente hospitalar, promove-se um acolhimento afetuoso, pegando na mão, apresentando-se e ouvindo se apresentar, mais o seu acompanhante. Ainda apresentar os locais da instituição, as normas da casa e acordar as questões específicas da parturiente (caso seja vegetariana, cliente com necessidades especiais, entre outras situações).

Buber sustenta que o pré-requisito para o conhecimento do tipo intuitivo do outro ou para imaginar o real de seu potencial para chegar a ser, era uma mente voltada ao conhecimento, um “eu” capaz de distanciar-se do outro, de ver o outro com singularidade, como alguém que ajuda a outro, que faz sentir sua presença ao outro e reconhece a presença do outro (BUBER, 1965, apud PATERSON; ZDERAD, 1979, p.71, tradução nossa).

Essa maneira de se relacionar deve ser uma decisão pessoal e responsável do modo de ser da enfermeira. Para facilitar a captação da intuição é preciso ter receptividade, que conheçam os próprios preconceitos, tentando evitar expectativas, rótulos, julgamentos e conscientizando-os das tendências filosóficas e teóricas. Fazendo esse esforço para a sua autopercepção, a enfermeira será capaz de captar de modo intuitivo as nuances sutis, envolvidas na interação humana (PATERSON; ZDERAD, 1979).

É importante a enfermeira se conhecer e reconhecer seus conceitos e pré-conceitos. Assim, reconhecendo a sua opção pelo

modelo holístico na assistência ao parto humanizado e ciente de que esta visão pode não concordar com a visão da mulher, mas que irá respeitar e dialogar com ela oferecendo as informações e cuidados que contribuam para o seu bem-estar, procurando fortalecê-la no processo de parir.

Não emitir opiniões e conclusões precipitadas sobre situações que podem emergir na recepção/admissão da cliente, perceber suas ansiedades neste período se colocando a disposição para uma escuta ativa, indagar de forma aberta que permita a expressão dissertativa da parturiente onde ela possa manifestar dúvidas e desejos de como quer ser atendida.

O conhecimento intuitivo do outro requer entrar no outro, no ritmo da experiência do outro, o que resulta num conhecimento especial do outro, de difícil expressão. Requer de a enfermeira o estar aberta ao sentido da experiência para o outro.

No cuidado humano há respeito à dimensão existencial do ser e valorização da expressão da experiência de vida de cada um, no momento do cuidar, dessa forma a parturiente fora ouvida em seus sentimentos e teve a oportunidade para explanar suas dúvidas, foi tratada pelo nome, inclusive o bebê também foi tratado pelo nome. Na acolhida da parturiente fez a sua apresentação e a dos demais membros da equipe de saúde para que saibam a quem se dirigir diante das dúvidas e das necessidades.

Nessa etapa, conforme acentuam Paterson e Zderad (1979, p.121), “a enfermeira responde à singularidade do cliente, não se impõe, mantém sua capacidade de surpresa, questionamento e presença autêntica”. A capacidade de estar presente autenticamente com o outro, permite a enfermeira participar com o outro da experiência que vive.

Para a vivência do processo de parir, mantive a intenção da abertura para o diálogo vivido na relação entre pesquisador x pesquisado (Eu-Tu), pois envolvia encontros, relações, presença, chamado-resposta. O diálogo vivido permeava essas três etapas e a entrevista ocorria após a terceira etapa. Em todo momento, fazia-me presente genuinamente, conversando sobre como estava se sentindo, qual era a intensidade da dor, seu ânimo, seus desejos e necessidades de conforto e bem-estar, como havia sido sua gestação, como passou à noite ou o seu dia com o bebê, se havia recebido visitas de quem, como estava sua família (os outros filhos), para que pudesse estabelecer uma relação de proximidade. Demonstrando preocupação com o bem-estar e o estar melhor da mulher.

A presença genuína fez-me perceber na expressão facial, no choro, no gemido um chamado e prontamente respondido com um



cuidado significativo, um conforto físico ou um encorajamento. A atenção e a escuta foi marcante nos momentos da narração de suas percepções, crenças e ideias, que foram gravadas. Quando aconteciam os chamados, aconteciam também as respostas para tornar mais clara uma inquietação que não tinha sido bem compreendida, bem como informações às dúvidas que surgiam.

Cada vivência, cada encontro aconteceu em uma relação única, singular, e, levou-me a experienciar um dos conceitos de encontro da enfermagem humanística descrito por Paterson e Zderad (1979): cada encontro indivíduo-enfermeira difere, pois cada participante se apresenta como um indivíduo singular, que tem suas próprias expectativas e capacidades para dar e receber ajuda.

O pesquisador neste tipo de estudo deve dirigir seu olhar também a outros modos de expressão comunicativa, além das falas, como a fisionomia, os gestos e os olhares, às circunstâncias espaço-temporais, em que cada sujeito vivencia o processo de parir, expressam seus sentimentos verbalmente e enfim, de como ela vive os momentos desse discurso.

#### 4.4.1.3 Terceira etapa da Enfermagem Humanística: o ser que cuida conhece o outro cientificamente na relação Eu-Isso.

Nesta etapa do processo, segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira resignifica e reflete o apreendido e transcreve seu ponto de vista particular.

Nesta fase requer encarar os fenômenos repentinos, reconhecidos intuitivamente, meditar sobre eles, analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar um nome a eles e categorizá-los. Paterson e Zderad (1979), dizem que para se comunicar uma realidade vivida de enfermagem exige-se uma autenticidade com o “*self*” e um esforço em ser compreendido, usando as palavras e expressões adequadas.

Durante todo o tempo do cuidado à parturiente, coloquei meus conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem obstétrica à disposição. Tomei cuidado em utilizar uma linguagem leiga para com a parturiente, de fácil compreensão e não revestida de autoridade e de opressão para submissão.

Esclareci as dúvidas, mantive-me numa posição a favor de uma escuta ativa. Aproximei os objetos, os procedimentos e os cuidados necessários à assistência ao conhecimento da parturiente, esclarecendo o

que eram e para o que serviam. Portanto, minimizei a ansiedade diante do desconhecido e não deixei que estes bloqueassem o diálogo. A parturiente foi o centro da atenção e não os equipamentos.

Assim, fiz um esforço para vencer a ansiedade e a insegurança para acompanhar a evolução do trabalho de parto sem ser intervencionista, pois apesar de deter o conhecimento científico para acompanhar o processo fisiológico já presenciei caso de prolapso de cordão umbilical próximo ao período expulsivo e o bebê vir a óbito. Para isso restringi o número de toques vaginais, acompanhei a descida da cabeça fetal percebendo o ponto da ausculta fetal no abdômen materno, cada vez mais baixo e pelos sinais e relatados pela mulher. Dividi com a mulher o controle sobre a sua dinâmica uterina, ensinando-a a marcar a frequência e a intensidade das contrações conhecendo o seu corpo, identifiquei no líquido amniótico as condições de maturidade e vitalidade do bebê. Também respeitei os desejos da parturiente, como por exemplo, realizar escalda pés, permanecer com o seu vestuário, usar meias, manter consigo uma medalhinha de Nossa Senhora do Bom Parto ou qualquer outra crença que a mesma possuísse. Além de identificar as condições de vitalidade fetal através dos batimentos cardíaco-fetais antes, durante e após a contração uterina. Ofereci a possibilidade de tocar a cabecinha do bebê quando estava próximo à liberação e oportuneizei para que a mulher ficasse livre para perceber os sinais de seu corpo e fazer o esforço conforme essa percepção, sem forçar, mas avaliando sempre as condições fetais.

Oportuneizei, em acordo com a parturiente, a presença do acompanhante e a possibilidade deste “cortar” o cordão umbilical, proporcionei o contato pele a pele precoce entre mãe-bebê e pelo tempo em que ela desejou e se sentiu bem. Ainda mostrei e expliquei a ela o que é a placenta e o porquê do útero estar “duro” e na altura da cicatriz umbilical, após o parto. Apoiei e procurei sentir a receptividade verbal ou não verbal ao contato na primeira mamada, favoreci primeiramente o reconhecimento entre mãe e bebê, sem apressar nem cobrar nada, coloquei-me à disposição para ajudar.

Permiti a expressão de sentimentos, como choro, alegria, festa, e sendo espectadora desse momento tão íntimo dessas pessoas, realizei cuidados mais específicos, uma vez que cada ser é singular e tem suas preferências, crenças e medos, e a assistência deve ser planejada contemplando a singularidade de cada indivíduo.

Durante todo o momento meus conhecimentos estiveram à disposição da parturiente, identificando anormalidades e providenciando as medidas cabíveis, assim realizei amniotomia para avaliar cor e

aspecto do líquido amniótico em dois casos, solicitei a avaliação do médico obstetra em um caso.

Os relatos revelam o modo de ser e agir da mulher em relação à sua vida, à sua vivência no processo de parir, em relação ao mundo de coisas que as cercam na sua família, sua comunidade. Experienciam dialogicamente muitos sentimentos ambíguos, como tristeza, medo, ansiedade, desespero, dor também esperança, alegria e ao perceber a necessidade de desabafar, sua postura foi de escuta ativa, deixando que expressasse seus sentimentos e temores e sempre que pude, auxiliiei, encaminhei, orientei, potencializei, empoderei no que foi possível para que ela pudesse superar suas dificuldades e estar melhor.

Relacionei fatores de risco e planejei uma assistência científica e segura para a mulher no processo de parir, sempre traduzindo o significado desses fatores para que ela pudesse decidir e participar ativamente dessa vivência. Usei uma linguagem leiga e verifiquei se fui clara ao explicar a evolução do processo de parir.

Assim, a parturiente chega deambulando, de cadeira de rodas ou de maca, de acordo com a situação e o desejo da mesma, dando assistência adequada às condições da mulher e do feto. Estimulo sempre para que a mulher não se coloque como doente e dependente de cuidados, e sim autônoma e protagonista de seu processo de parir.

Durante a apreensão das informações foi possível observar que as mulheres, quando comunicam sua vivência, evidenciam seus traumas, seus anseios, suas expectativas e sua crítica. Pude perceber e sentir a necessidade dessas mulheres de serem atendidas por profissionais que olhassem para elas, para que pudessem confiar e obter ajuda.

#### **4.4.2 Procedimento para coleta e registro dos dados**

A coleta de dados ocorreu no decorrer da prática assistencial, foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2009, durante o horário de trabalho, ou seja, das 13 às 19 h nos dias de semana, das 7 às 19 h em finais de semana, conforme a escala mensal. Esse horário foi estendido em duas situações, isto é, quando o nascimento estava próximo de acontecer.

Na fase de perscrutação, que se refere às estratégias para a obtenção das informações, foi necessário criar condições para que esta acontecesse com eficiência, sempre relacionando com a compatibilidade dos recursos, a adequação dos métodos e a aplicação do referencial

teórico adotado, assim utilizei gravador digital, diário de campo para registrar o diálogo vivido durante o processo de parir e a entrevista posteriormente para a complementação das informações, utilizando novamente o gravador digital. A princípio acreditava que todas as questões emergiriam a partir do diálogo vivido, durante o processo de parir assistido por mim e norteado pelo roteiro guia (apêndice E). No entanto, cada ser é singular e vivenciava esse momento de acordo com sua singularidade, assim acompanhei mulheres que se manifestavam chorosas, gementes, pouco dispostas para um diálogo, outras eram admitidas numa fase bem próxima ao expulsivo, o que também impedia o dar-se a conhecer e conhecer a mulher em seu mundo. Portanto, na segunda participante revi o método de coleta de dados, incluindo além do diálogo vivido no processo de parir, também a entrevista aberta após o nascimento, mas ainda durante o internamento hospitalar.

Da mesma forma, a estratégia de utilizar gravador durante o processo de parir não foi viável, pois esse período podia ser longo, ficando uma gravação por muito tempo silenciosa ou de gemência e choro, descarregando a bateria do gravador e atrapalhando na espontaneidade daquele momento vivido. Além do mais, as práticas estimuladas eram de movimentos, exercícios na bola, deambulação, agachamento, banhos prolongados, incompatível com o alcance da gravação e até porque a proposta era essa, deixá-la livre para protagonizar o seu processo de parir.

Para tanto, utilizei o diário de campo para anotar os pontos-chaves das falas, comportamentos, expressões não verbais (como franzir o rosto, sorrir, menear com os ombros, arquear o corpo em resposta à dor, gemência, suspiros), fatos ocorridos, gestos e a percepção intuitiva ao cuidar e pesquisar, bem como notas de observação e de cuidados prestados. Logo após a vivência, procedia a digitação na forma dissertativa do processo vivido para evitar esquecimentos.

Os seguintes instrumentos também serviram como fonte de informações, permitindo o conhecimento da história obstétrica anterior e atual dos sujeitos do estudo, sendo: cartão da gestante, resultado de ultrassonografias, prontuário da cliente (o atual e o anterior).

Ao realizar a coleta de dados norteada pelo diálogo vivido, utilizei um roteiro guia (apêndice E) e entrevista. Usei também o gravador digital, fazendo a transcrição das mesmas após cada encontro, objetivando não esquecer dados importantes e avaliar se o processo estava adequado ou precisaria ser mudado.

A experiência do “diálogo vivido” me permitiu conhecer o que a parturiente fazia..., falava..., quais expressões não verbais ela

manifestava durante o processo de parir. Permitiu a abertura, também, para se deixar conhecer no relacionamento com a parturiente. Proporcionou a experiência da intersubjetividade e da empatia.

#### 4.4.2.1 O caminho se faz ao caminhar

Em abril de 2009, iniciei a coleta de dados e logo percebi que antes de convidar a parturiente para participar da pesquisa, deveria permitir uma aproximação maior e se deixar conhecer, para só então fazer-lhe o convite e obter o consentimento livre e esclarecido para atendê-la no processo de parir. Assim, decidi não abordá-la de imediato na admissão da maternidade, a não ser que chegasse muito próximo ao expulsivo (o que aconteceu uma vez). Desse modo pretendia concluir a coleta de dados em abril e maio, no entanto me deparei com a dificuldade de captar a parturiente em franco trabalho de parto em meu horário de trabalho e algumas das que atendia não evoluíram para o parto. Diante dessa realidade, programei-me para assumir plantões em finais de semana e feriados a fim de obter mais oportunidades de acompanhá-las, bem como se propus a permanecer além do horário para completar o meu propósito.

O contato próximo com o (a) obstetra de plantão, se por um lado trouxe segurança e tranquilidade na evolução da assistência, também trouxe a interferência em outras, fazendo excluir a parturiente do estudo, pois à medida que foi introduzido medicações e inserção de fórceps de alívio na assistência, já deixou de ser conduta da enfermeira obstétrica. Diante de tais situações fiz a seguinte reflexão: a presença do médico obstetra dá respaldo, é uma segurança quando há o respeito pelo saber da enfermeira e vice-versa.

Em todas as categorias profissionais existem aqueles que promovem condutas humanizadas e os mais objetivos e tecnicistas. No trabalho em equipe deve haver o apoio e o respaldo entre os colegas, e em duas situações nas quais tive dúvidas na progressão (proximidade da linha de alerta do partograma, descida da apresentação muito lenta), sentia-me insegura ao tomar a decisão de chamar ou não o plantão médico, pois sabia que este ao vir examinar a parturiente, poderia trazer-lhe traumas e “estragar” todo o cuidado delicado que vinha conduzindo até então (percepção minha e depoimento de duas participantes).

Cada ser é singular e ao perceber que a abertura para o diálogo dependia do estágio em que a parturiente se encontrava na evolução do

período de dilatação, na qual a dor pela contração uterina intensa e frequente a volvia para dentro de si, prejudicando o conhecimento do outro, na relação Eu-Tu. Com isso, nesse momento a presença genuína e silenciosa se fazia mais forte e os dados de interesse para assistência e pesquisa foram colhidos do cartão da gestante, da consulta ao familiar, do prontuário anterior ou dela mesma daquilo que fosse possível, além da percepção subjetiva e das expressões não verbais que manifestasse.

Em alguns casos muitas informações deixaram de ser colhidas por absoluta falta de tempo, pois o final do período de dilatação não era oportuno para a mulher relatar a sua história. Percebi que simplesmente deveria estar presente para algumas, poderia interagir com outras, atenta a seu chamado, respeitando a singularidade de cada mulher naquele momento. Também apurei o olhar sobre a mulher, suas expressões faciais e corporais, seu relacionamento com acompanhante (fosse o caso), bem como os aspectos subjetivos percebidos nesta relação. Para tanto utilizei o diário de campo no qual anotei os pontos chaves e suas observações, em seguida fiz a compilação dos diálogos e as notas de observação digitando no programa microsoft office.

Num segundo momento, fiz nova aproximação junto à puérpera com objetivo de entrevistá-la, que foi acordado com a mulher o melhor horário e local, ainda no período de internamento hospitalar. Com auxílio de um gravador digital obtive as informações das condições socioculturais e qualitativas da vivência do processo de parir, seguida de transcrição da mesma forma.

O encontro para a entrevista aconteceu na própria unidade de internação, no quarto da cliente, quando esta se encontrava sozinha (internada) no quarto, ou na sala de enfermagem para garantir a individualidade e a confiabilidade das informações. Utilizei a entrevista individual, na qual ocorreu a interação face a face com a entrevistada, na modalidade de entrevista aberta, norteada pela questão: Falei como foi à experiência de parir sob assistência da enfermeira obstétrica, com a intenção de que o diálogo emergisse de forma espontânea.

Julgo importante destacar que, apesar de minha percepção enquanto cuidadora, prestadora da assistência obstétrica, optei pela entrevista aberta para que viesse à tona a abertura, a empatia, a troca de maneira espontânea, sem direcionamentos e que, por já se conhecerem, teria chance de ser o mais natural possível. A expressividade é muito importante no método fenomenológico para que se possa apreender a realidade vivida. E foi assim que ocorreu. No princípio a mulher ficava constrangida com o gravador, mas à medida que o diálogo fluía, o receio

ficava de lado e nos sentíamos à vontade para contar e ouvir a experiência.

#### 4.4.3 Procedimentos de análise

##### 4.4.3.1 Processo de apreensão

A **fase de apreensão** iniciou com a coleta de informações, utilizando-me do **diálogo vivido e entrevista**. Para tanto organizei as informações em notas no diário de campo, constando os relatos, diálogos e observações feitas do contexto onde ocorreram os encontros, e nas notas constando os sentimentos e as percepções de pesquisadora, as notas teóricas e metodológicas do estudo (Apêndice A).

##### 4.4.3.2 Processo de síntese

Na **síntese**, examinam-se subjetivamente as associações e variações das informações. Nela o pesquisador deverá, novamente, imergir nas informações trabalhadas na fase de apreensão e conseguir completa familiaridade com elas, além de se envolver num trabalho de **teorização**, profundamente intelectual.

A síntese termina quando se domina completamente o tema de investigação. “Se o pesquisador conseguir criar, para ele mesmo, material ilustrativo, terá certeza de que conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.96).

Assim, nesta fase, descartei e selecionei os dados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias (Apêndice B).

##### 4.4.3.3 Processo de teorização

Nesta fase desenvolvi um esquema teórico, após constante exercício de leitura e releitura, buscando formular as categorias convergentes resultantes do processo de compreensão.

A categorização dos valores contidos nas informações foi alcançada à luz da fundamentação teórico-filosófica.

#### 4.4.3.4 Processo de transferência

Na fase transferência ou **recontextualização**, busquei dar significado aos achados, contextualizando-os em situações similares, sem que viesse a ser entendido como generalizações.

A intenção da transferência é de socialização de resultados singulares, até mesmo, nessa busca, arriscar a justificação de adaptações que viessem a ser feitas.

Resignificando os achados neste estudo, descrevi teoricamente o processo de parir com assistência da enfermeira obstétrica, a vivência da parturiente frente o cuidado da enfermagem humanística e cujos resultados foram descritos no próximo capítulo.

#### 4.4.4 Aspectos éticos do estudo

Para Trentini e Paim (2004) as questões éticas da enfermagem na PCA compreendem o comportamento que caracteriza a cultura de certo grupo de profissional ao desenvolver investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como o alicerce das relações profissionais com a pessoa que é cuidada.

Para tanto respeitei os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa (BRASIL, 1996).

Como critério de inclusão, considerei o consentimento da parturiente em participar do estudo, sendo acompanhada pela pesquisadora durante o processo de parir, independente de faixa etária, paridade ou idade gestacional. Caso a parturiente tivesse sofrido muitas intervenções no processo de parir, cuja competência não fosse da enfermeira, esse sujeito seria excluído da pesquisa (o que aconteceu em dois casos), bem como se durante o processo de parir viesse a apresentar distócia de progressão. Foi mantido o compromisso de cuidar da mesma,



até a alta, sem que isso acarretasse prejuízo à mulher e ao bebê.

Realizei contacto pessoal com a direção da instituição de saúde e apresentei o projeto. Logo foi obtida a permissão para a realização da pesquisa. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, em cumprimento às normas regulamentares, obtendo a aprovação sob o parecer nº393/08 (Anexo A).

A proposta desenvolvida, os objetivos, a importância, a relevância de focalizar a problemática do estudo, bem como sobre a metodologia a ser adotada, foram compartilhados com a equipe de saúde que atua na assistência obstétrica (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Antes de assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), o sujeito significativo recebeu explicações sobre todas as etapas da pesquisa, os objetivos do trabalho, os benefícios esperados, o respaldo ético e técnico e caso viesse a se sentir lesada ou prejudicada por alguma situação decorrente do projeto (Apêndice C).

A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do CEP/UFSC e da assinatura TCLE, sem qualquer artifício de coerção.

A parturiente foi abordada pela pesquisadora no momento de sua admissão na maternidade ou internamento. Nesse momento ela era esclarecida sobre o objetivo na prática e na pesquisa, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, ciente de que teria sua assistência garantida, caso no processo de parir desistisse e solicitasse a presença do médico obstetra de plantão. Então, elas poderiam desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sem sofrer nenhum tipo de constrangimento ou prejuízo na continuidade da assistência.

Estive sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida que tivessem em relação ao estudo.

Foram previstos procedimentos que asseguravam a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, identificando as falas por nomes fictícios de mulheres, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das participantes (Apêndice D). Os resultados foram disponibilizados para as participantes, sempre que solicitaram.

Fiz a opção em identificar a parturiente pelas letras do alfabeto grego, segundo a ordem crescente da primeira ao último sujeito significante do estudo.

## **5 DESCREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM AS PARTURIENTE/PUÉRPERAS NO PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA**

Neste capítulo apresento o processo de cuidar fundamentado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad às mulheres vivenciando o processo de parir. Das nove mulheres que constituíram os sujeitos significativos do estudo, apresentarei três mulheres em situações diferentes, sendo: uma com gestação planejada e desejada, outra com gestação não planejada, mas desejada e outra com gestação não planejada e não desejada.

Segue a descrição do processo de cuidar baseado no diálogo vivido, primeiramente de Alfa, que teve uma gestação não planejada para esse momento, mas foi um filho desejado e bem vindo; seguida de Epsilon, que teve uma gestação planejada e desejada e por fim Eta, que teve uma gestação não planejada e não desejada.

### **5.1 APRESENTANDO O PROCESSO DE CUIDAR**

Para prestar o cuidado, precisei fazer o seu movimento interno de reflexão, leituras, de pensar o fazer e repensar, para chegar ao conhecimento. Assim, já no acolhimento da parturiente na admissão, busquei estabelecer um verdadeiro encontro entre elas e a abertura para o diálogo, pois neste momento já percebeu o calor humano, a receptividade e sentiu a segurança e a competência técnica do profissional que a atendeu.

#### **5.1.1 O diálogo vivido no processo de parir de Alfa: uma gestação não planejada, mas desejada**

Era dia 11 de abril, sábado de aleluia, véspera da Páscoa, estava de plantão e fui avisada de que havia uma parturiente na sala de admissão. Dirigi-sm até lá e encontrei Alfa e o esposo, aparentemente, alegres e ao mesmo tempo ansiosos.

Após a apresentação, ainda na recepção, Alfa bastante

comunicativa e animada, contou que havia passado a noite fazendo “Judas” para malhação. Esse é um costume popular que vivencioa desde a infância, é uma prática muito comum em nossas cidades. Na noite de sexta-feira santa, lembrando a traição de “Judas” a Cristo, populares colocam bonecos de homem, simbolizando “Judas”, penduram-no em praça pública para fazer a malhação no dia seguinte. É véspera da Páscoa e Alfa sente os sinais do início do processo de parir na madrugada deste dia.

Estava preocupada em “passar mal” para vir à maternidade e não ter quem a trouxesse, pois o esposo é caminhoneiro e poderia estar viajando, mas enfim, era feriado e seu companheiro estava com ela, acreditando que o desencadeamento do trabalho de parto tenha se dado até por esse motivo. A parturiente estava relaxada e tranquila na presença do marido que se permitiu entrar em trabalho de parto.

Para efeitos didáticos, cada relato do processo de cuidar é iniciado com uma breve descrição fisiológica, que cada fase do processo de parir representa:

O parto é um processo fisiológico, no qual o feto é expelido do útero grávido de uma mulher. Ele ocorre pela ação de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina, no momento em que a gravidez chega ao final, entre a 37ª e 42ª semana. Esse período, embora pareça curto se comparado com a duração da gestação, é uma etapa extremamente significativa para a mãe e para a criança. A atitude humana é muito importante para a parturiente, que está passando por um momento em que se misturam ansiedade e felicidade pelo nascimento do filho, para tanto é imprescindível um ambiente agradável e confortável (BRANDEN, 2000), sendo muito importante o acolhimento no primeiro contato com a parturiente.

O processo de parturição inicia pela presença de contrações uterinas em intervalos regulares, os quais tendem a aumentar progressivamente com o passar do tempo, em frequência e intensidade, não diminuindo com o repouso; também pelo apagamento (esvaecimento) e dilatação progressiva do colo uterino. Pode ser observada ainda a perda do tampão mucoso e a formação da bolsa das águas, que são indicadores menos precisos do trabalho de parto, uma vez que existem grandes variações individuais entre esses sinais e o início de trabalho de parto (BRASIL, 2003).

O primeiro estágio é chamado de dilatação e é caracterizado pela dor. Compreende o período entre a dilatação completa e o desprendimento do feto. Ao completar a dilatação cervical, começam os esforços expulsivos. Nesse momento, deve-se realizar um toque vaginal

para se certificar de que a dilatação está completa e de avaliar a altura e a variedade da apresentação (FREITAS et al., 2003).

O processo fisiológico da dor na parturição está associado à evolução do trabalho de parto. Inicialmente, na fase latente, o padrão da contração uterina é menor. Essa fase destina-se ao apagamento do colo uterino que, em primíparas, acontece antes da dilatação, e o processo doloroso é menos intenso. Na fase ativa, quando o colo uterino obtém 100% de apagamento, na maioria dos casos, o padrão da contração uterina aumenta com o objetivo de impulsionar o polo cefálico sobre o colo do útero para promover a dilatação e, também, a descida do feto através da pelve materna. Isso determina desconfortos maiores como dores na região abdominal e na região púbica, com a sensação de estiramento. Na fase de transição, o padrão da contração uterina aumenta, ainda mais, para promover a etapa final de descida do feto pela pelve (ALMEIDA et al., 2005).

Na fase ativa, a dilatação cervical se processa mais rapidamente, nela a cérvix dilata-se completamente, atingindo a abertura de 10 cm. As contrações ocorrem entre cada dois e cinco minutos, duram de 40 a 50 segundos e são de intensidade moderada. A descida é referida em relação à posição/situação da apresentação fetal em relação às tuberosidades esquiáticas (estrutura materna) (BRANDEN, 2000).

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O acolhimento	Eu a recebi na admissão - fique a vontade; - Olho no olho; - fico a disposição de seu tempo.	Apresentamos (eu, a parturiente, o companheiro e o bebê que ia chegar).	Abertura para seus questionamentos; Fala do contexto ao iniciar as contrações (fazia “Judias”)	Ansiedade - Acolho; apresento-me, ouço sua história, questiono sinais usando da escuta ativa.
Eu-isso Relação sujeito-objeto: dados do cartão da gestante.	G. IV, P.I, A.II, fez 9 consultas de pré-natal completo, IG 39/40 sem.	Confirmo as informações com ela e questiono o motivo dos abortos (não sabe).	Percebo que não tem “traumas” dos abortos, pois teve um filho após tratamento.	Pré-natal completo, gestação de baixo risco - avaliação do trabalho de parto.
Eu-tu: Relação	Valorizo sua decisão,	Conta-me sobre seu parto	Estou atenta e deixo a se	Sinais de trabalho de

<p>sujeito-sujeito: Perda do tampão mucoso e sinais de dilatação cervical. “As 4 h senti “descer algo” que me esquentou, era muco, a partir de então iniciaram as contrações.” Aguardou, pois sabia que era cedo para vir.</p>	<p>reconhecendo sua experiência anterior.</p>	<p>anterior.</p>	<p>expressar de acordo com seu tempo.</p>	<p>parto inicial - Escuta ativa, valorizando a percepção de seu corpo. Explico-lhe o significado da perda de muco como um sinal de que o colo está dilatando e que esse tampão tinha função de filtro protegendo a entrada do útero contra sujeiras e bactérias.</p>
<p>Eu-tu Estava com medo de estar só e desamparada quando tivesse o bebê. O marido é caminhoneiro.</p>	<p>O marido está presente.</p>	<p>Está contente de vir pra maternidade com o marido.</p>	<p>Sinto o marido deslocado.</p>	<p>Medo de ficar sozinha/ desconhecimento - Informo seu direito ao acompanhante e normas da casa. Relata contentamento pelo marido tê-la trazido.</p>
<p>Direito ao acompanhante. Não tem a acompanhante que deseja a mãe.</p>	<p>Encontro da enfermeira obstétrica e uma cidadã de direitos</p>	<p>Abordo sobre seus direitos e as normas da instituição sobre acompanhante. Percebo que desconhece esse direito.</p>	<p>Dedico-me a lhe explicar e escuto suas justificativas entendendo-a.</p>	<p>Insegurança, necessidade de proteção - Incentivo que tem direito à escolha, pode chamar a mãe, me coloco a seu lado para estar-com.</p>
<p>Eu-tu Gravidez não planejada para esse momento. Haviam</p>	<p>Fala espontaneamente do contexto dessa gravidez.</p>	<p>Sinto uma pontinha de “medo” de ter o bebê, por isso estava</p>	<p>Nesse momento sinto o apelo pela presença genuína e me</p>	<p>Medo de parir - Valorizo sua experiência anterior e capacidade de</p>

<p>começado a pensar em ter outro filho quem sabe para dezembro e que esta gravidez aconteceu então inesperadamente.</p>		<p>adiando.</p>	<p>comprometo com Alfa.</p>	<p>parir e entender seu corpo.</p>
<p>Eu-nós Chamamos o bebê pelo nome.</p>	<p>Mesmo na barriga o bebê é identificado como um cidadão.</p>	<p>Seus olhos brilham!</p>	<p>A presença genuína me faz sentir necessidade de aproximá-la ainda mais de seu bebê.</p>	<p>Ansiedade pela chegada do bebê- Acolhimento do bebê.</p>
<p>Eu-tu Início da fase ativa do trabalho de parto.</p>	<p>Via seu corpo manifestando discretamente os desconfortos da contração.</p>	<p>Sempre muito comunicativa e disposta.</p>	<p>Tive a sensação que nessa experiência sentia-se melhor.</p>	<p>Trabalho de parto - Cuidados acompanhamento da vitalidade materna e fetal, conforto e bem-estar.</p>
<p>Eu-isso Relação sujeito-objeto Teve uma gestação tranquila, engordou 22 kg, 8 a menos que na anterior, usg identifica que o peso fetal estimado era de 3.100 gr (3 semanas atrás).O primeiro pesou 3.700gr.</p>	<p>Ao realizar a palpação abdominal, manobra de leopold se estabelece o diálogo.</p>	<p>Manifesta preocupação pela testa franzida e pergunta: <i>é um bebezão, né?</i></p>	<p>Intuitivamente percebo inquietação será que esse bebezão vai passar por baixo?</p>	<p>Obesidade, ansiedade, erro alimentar - Escuta ativa. Precisando estou aqui, mas você sabe que consegue! Ansiedade, medo e dúvida (será que vai ter passagem?) Reforço sua capacidade e explico os fenômenos plásticos do processo de parir e importância de</p>

<p>Eu-isso Exame físico normal. Exame obstétrico Comemoro com ela o andamento do trabalho de parto, dizendo-lhe a fase em que se encontra. A segurança técnica: está tudo bem!</p>	<p>O encontro da enfermeira obstétrica com a parturiente.</p>	<p>Falo tudo o que estou fazendo e esclareço suas dúvidas. Percebo satisfação em confirmar o trabalho de parto ativo.</p>	<p>Aproximo-me, toque das mãos suave em seu corpo, me coloco a seu lado.</p>	<p>acreditar e relaxar para que dê tudo certo</p> <p>Chegou a hora é inevitável (a dor era leve e suportável) - Estimulo a comparar com o anterior e a se permitir ter uma vivência melhor agora. Fazemos juntas a DU, 2/10"(40", 35"). Falo das técnicas alternativas para alívio da dor.</p>
<p>Eu-isso Genitália depilada completamente, pois é seu costume.</p>	<p>Abertura para o diálogo.</p>	<p>Percebo que valoriza a higiene, está perfumada e depilada.</p>	<p>Relacionando com leituras na área da antropologia reflito sobre a infantilização da mulher.</p>	<p>Interessada no processo - Informo em linguagem leiga, que está na fase ativa, pois em algumas horas ganharia o bebê. Ao exame: sinais da gestação normais, condições adequadas para baixo risco, cefálico, dorso à direita, bolsa íntegra, dinâmica uterina 2/10' (40", 35") dilatação 5 cm, colo fino, BCF 140 bpm.</p>

<p>Eu-isso PA: 150/90 mmhg, devido à ansiedade, P- 90 ppm, T- 36.4 C, Peso- 113 kg. Eu-tu: Obesidade “Tenho boa saúde apesar de ser gordinha.”</p> <p>O espaço: apresento a maternidade e o pré-parto. Vamos ao pré- parto, apresentando a maternidade que já conheciam. Ressalto a importância da deambulação para progressão do trabalho de parto e que ela está livre para andar à</p>	<p>Abertura, oportunidade para o diálogo quando ela diz: Apesar de ser gordinha. Apesar de não estar satisfeita com sua imagem corporal, apresenta-se bem arrumada e perfumada.</p> <p>Disposta, entra segura e encantada com as mudanças: <i>Nossa como mudou!</i></p>	<p>Também sou gordinha. Amamentando vais consumir muita energia.</p> <p>Conversamos Para que sentisse livre para locomover-se, que se sentisse à vontade para andar. Que podia escolher seu leito.</p>	<p>Abertura: Minha mãe também é gordinha, trabalho fora e isso dificulta a alimentação adequada.</p> <p>Sente-se à vontade e compara o contexto do pré-parto no primeiro Parto, e agora.</p>	<p>Ansiedade, descontentame nto com auto- imagem. Reforço a sua capacidade de parir, que neste cenário nós, somos apenas assistentes e que a mulher é quem faz o parto; Tem outra vantagem, o corpo volta mais rápido ao normal, você gasta muita energia no pré- parto, é como se tivesse fazendo academia, por isso deve se hidratar e alimentar-se bem, dieta só depois.</p> <p>Lembranças ruins, conversa sobre dietas, sobre ansiedade e comida, medo do que vem por aí. Para diminuir sua ansiedade, procuro deixá- la confortável e vontade, estímulo-a Deambular explicando-lhe favorecimento da progressão, deixo-a fazer</p>
---	---	--	--	--



<p>vontade.</p> <p>Eu-tu A comparação e o trauma.</p>	<p>O encontro se estabeleceu!</p>	<p>Ela comenta: da outra vez não tinha bola, era bem diferente: vinha uma enfermeira estúpida, que dizia pra não gritar e fazer escândalo. Tinha medo de chamar de novo.</p>	<p>Se sente à vontade para manifestar seus medos e traumas, estou atenta, ouvindo-a.</p>	<p>suas escolhas.</p> <p>Demonstro como fazer os exercícios na bola, os benefícios do banho de aspersão. Sua expectativa é: não reviver o primeiro parto (dor e sofrimento) agora está sendo diferente - Fico junto, empoderando- a e resgatando sua capacidade de parir. Agora é outra história.</p>
<p>Eu-nós A aproximação da família</p>	<p>Permito a aproximação da família.</p>	<p>Sinto-a muito ligada ao filho e chamo-o para se despedir da mãe.</p>	<p>É importante para Catarina o carinho do filho.</p>	<p>Preocupação com o mais velho - Peço para chamá-lo para ficar um pouquinho com a mãe. Dá um beijinho na barriga e sai. A mãe fica feliz com o gesto do filho.</p>
<p>O “bem-estar” Relaxamento na posição cavalinho e massagens lombares e exercícios respiratórios.</p>	<p>Necessita e aceita o cuidado.</p>	<p>Está tensa, o corpo reluta em relaxar. A contração se intensifica. As dores estão aumentando, mas suportáveis, valor 6,5 numa escala de 1/10.</p>	<p>Percebo a evolução. Percebo seu corpo se manifestando quando arqueia..., geme..., fala.</p>	<p>Dor, tensão - Converso sobre o porquê das contrações, a fase em que se encontra; as vantagens do parto normal para o bebê e para ela. As contrações aumentam -</p>

<p>O “estar-mais” Fazer com para obter controle do processo</p>	<p>Está aberta ao cuidado</p>	<p>Sinto que precisa acompanhar o processo, sabendo da evolução para suportá-lo melhor; fala de sua ansiedade por ver sua carinha, com que se parece.</p>	<p>Coloco meu saber e no fazer com fortaleço-a a “estar mais”.</p> <p>A presença faz a diferença no ânimo e encorajamento.</p>	<p>está evoluindo, encorajo. Parto normal dá o tempo que o nenê precisa para se preparar para vir ao mundo. Faço massagens lombares. Respiramos juntas, inspirando pelo nariz e expirando pela boca.</p> <p>Insegurança - Realizamos juntas a DU, comparamos a evolução, falo que só farei o toque quando referir que tá forçando ou se me pedir (justifico); Conversamos com o bebê pra não ter medo de nascer, escuto bcf, vemos que ele está bem e manda coragem para a mamãe.</p>
<p>O “estar mais” Controle do processo - A dor está aumentando, tá 8. - Será que o bebê está bem?</p>	<p>Está aberta e chama ao cuidado</p>	<p>A dor é forte! Mas eu to agüentando.</p>	<p>O silêncio diz tudo.</p>	<p>Dor, preocupação com o bebê - Escuto os bcf de 15/15’, trazendo palavras de apoio e prestando atenção juntas</p>

<p>O “bem-estar” Ambiente tranquilo, música suave, canto de passarinhos.</p>	<p>Está aberta ao cuidado.</p>	<p>Precisa de concentração.</p>	<p>Coloco meu conhecimento a seu dispor.</p>	<p>as ritmo dos bcfs fetais. O bebê não está sofrendo, mas ele precisa de sua ajuda para nascer. Poupe energia para o “puxo”. Lembro a ela os sinais do expulsivo.</p> <p>Medo - Proporcio momento para sintonizar com seu corpo e no som dos passarinhos cantando se voltar para dentro de si. Estou presente, massageando em silencio.</p>
<p>O “estar-com” Tá apurando!</p>	<p>Suas palavras pedem ajuda!</p>	<p>Sinto necessidade de movê-la e de me mover.</p>	<p>Valorizo a fê e potencializo para o êxito do processo de parir.</p>	<p>Tensão e cansaço; aceita o banho de aspersão. Trago água, aceita e respira fundo; outra contração..., respiramos juntas. Vai para a banqueta. Fico à sua frente, outra contração, olho em seus olhos, sendo solidária. para que solte o corpo, faço massagens nos ombros, deixe o bebê descer. Corage</p>

<p>O “ser-com” A mãe ao saber que vinha para a maternidade já acendeu vela e rezou pra nossa senhora pra que dê tudo certo.</p>	<p>Reconhecendo -a como um ser que tem família, crenças. Ser que transcende o biológico.</p>	<p>A crença, a fê, a energia positiva são valorizados. Ninguém duvide da força da mulher, porque ela tem proteção divina!</p>	<p>O desejo de ser enfermeira foi reforçado por me ver como uma boa profissional.</p>	<p>m, veja ele tá bem (escutando bcf).  Necessidade de proteção transcendente - A energia da mãe que reza; as minhas mãos energizadas que a tocam transferindo energia.</p>
<p>O “estar mais” É muito comunicativa, trabalha como vendedora numa loja de roupas. Trabalha ou até a véspera de ganhar bebê Quer ser enfermeira.</p>	<p>Fale-me sobre seu trabalho.</p>	<p>Valorizo suas habilidades, uma vendedora deve ser comunicativa e simpática, e você é!</p>	<p>O estar com me fez perceber a influência negativa da cunhada. Será que como ela meu bebê não é muito grande pra minha bacia?</p>	<p>Insatisfação profissional. Incentivo para que vá atrás de seu sonho.</p>
<p>Eu-nós O gancho para abordar as indicações de cesárea.</p>	<p>Diante da cunhada que teve 3 cesáreas, conversamos sobre o tema.</p>	<p>Há necessidade de reforçar as vantagens do parto vaginal.</p>	<p>Presença apoiadora.</p>	<p>Dúvida - Reforço os fenômenos plásticos do processo de parir, da capacidade de adaptação da pelve e da cabeça fetal para a passagem, e valorizo sua primeira experiência.</p>
<p>Eu-tu Final da fase de dilatação Ai meu Deus</p>	<p>Está mais agitada, porém receptiva aos cuidados.</p>	<p>A dor já está no máximo! Passo tranquilidade,</p>	<p>Está na hora de fazermos um exame de toque.</p>	<p>Dor - Seguro suas mãos; massajeio os ombros; peço</p>

<p>do céu, tá cada vez mais forte... Tá doendo muito... Vem, outra, Ai,Ai,Ai eu não agüento mais essa dor!</p>		<p>está ocorrendo tudo dentro do normal.</p>		<p>que solte o corpo; que relaxe; descanse entre as contrações; ofereço água, suco, bolacha; ausculto bcf; incentivo a mudar de posição, deitar, sentar; a esvaziar a bexiga; outro banho; respirar normal; pensa: cada minuto que passa fica mais perto. Mentalizo o e passo energia positiva. Falo do puxo, do corte.</p>
<p>O “fazer com” O expulsivo se aproxima.</p>	<p>Pede ajuda!</p>	<p>Sinto que preciso devolver-lhe o controle da situação.</p>	<p>Buscamos o equilíbrio novamente, olhe pra mim... Tudo bem...</p>	<p>Eminência do expulsivo - Devagar, a seu tempo, deita-se; auxílio; examino. Chora! Encorajo! Não vamos desistir agora! Não se desespere, falta pouco. A dilatação completou-se, só falta baixar um pouquinho, é cedo para irmos para a sala de parto como você quer! Renova o brilho em seu olhar.</p>

<p>Eu-tu A descida fetal. Possibilidade de fazer suas escolhas.</p>	<p>De frente com Alfa, olho no olho...</p>	<p>Deixe teu corpo se abrir, o bebê descer. Nesse momento ela está tranqüila, mas ao vir uma contração se desespera!</p>	<p>Busca apoio em mim. A confiança faz com que exteriorize o seu temor...</p>	<p>Medo/cansaço - Acredite em você, em sua capacidade de parir, se toque. Sinta! Teu menino quer nascer! Ajude-o. Quer ir de maca para o CO. Então busco a maca, touca, pro-pés, camisola. Esperamos seu tempo, sem apressá-la.</p> <p>Medo/dúvida (e se algo der errado? E se eu morrer?) - me coloco a seu lado e apoio, reforçando tudo que já passou e não a deixo desistir de ser feliz ganhando seu bebê. Busco a recuperação de sua confiança.</p>
<p>Eu-Nós. Mergulhamos no escuro.</p>	<p>Aperta minha mão.</p>	<p>Esse momento diante do inesperado, ela teme.</p>		

**Quadro 2:** O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Alfa.

A pesquisa convergente-assistencial valoriza o pensar e também o fazer e, desta maneira, conduz ao saber-fazer. Nela o profissional

encontra um instrumento útil para aprender a refletir sobre a sua prática profissional cotidiana, pesquisando as tendências teóricas e práticas (TRENTINI; PAIM, 2001). Assim, diante de suas leituras e experiências sabia o que fazer: prestaria atenção às necessidades individuais de Alfa, responderia seu chamado para confortar e proporcionar-lhe o bem-estar, valorizaria seu conhecimento visando potencializar a sua capacidade de parir e estaria junto dela para apoiá-la, e, empoderá-la para ser mais e estar melhor nesta vivência de parir, também enquanto mulher e mãe.

Neste sentido, acredito que correspondi à expectativa que criei, pois Alfa, como ser única e singular, solicitou-me e respondeu de forma muito clara, tanto verbalmente como intuitivamente. Como exemplos dessa relação entre cuidador e ser cuidado, pode citar: [...] *da outra vez me deixaram sozinha* [...] dando a entender que tinha medo de ficar sozinha, que a presença a tranquilizava; a tranquilidade e os relatos de que essa experiência estava diferente..., pois as dores eram mais suportáveis..., que a presença era confortante e tranquilizadora, dava a confiança de que precisava e assim alimentava o “bem-estar” e a confiança em conduzir o processo, como numa via de mão dupla, onde uma alimenta a outra.

O conhecimento anterior sobre a sintomatologia do trabalho de parto tranquilizou Alfa. O que é conhecido não causa medo ou pode exacerbá-lo, dependendo do contexto e qualidade da experiência anterior e da atual, mas para ela a experiência anterior tinha sido traumatizante, porém, havia conduzida ao diagnóstico de estar pronta para parir. Assim, valorizando a sua experiência pregressa e o fato de perceber os sinais de seu corpo, vindo para a maternidade na hora certa.

À medida que o trabalho de parto evoluía, colocava-a ciente de sua evolução, mostrando-lhe o partograma, relacionando a ausculta dos batimentos cardíaco-fetais com o bem-estar do bebê, conversando com o bebê e transmitindo à parturiente mensagem de ajuda (Alfa sorria e confirmava o que eu dizia, interagindo com o bebê), de fortalecimento, da autoconfiança, de proximidade, de carinho...

Diante do desespero da etapa final senti a necessidade de “fazer algo”, pois esse movimento produzia alento, ânimo para Alfa se animar. Assim, oferecia-lhe chá doce, água, fazia-lhe massagens na região lombar, segurava-lhe a mão e olhava em seus olhos na hora da contração, convidava-a para sentar na banqueta e fazer movimentos respiratórios profundos, concentrando-se no que o seu corpo pedia.

Ao identificar o medo produzido pelo trauma do primeiro parto, procurei sempre trazê-la para o controle do processo, fazendo-a perceber a intensidade das contrações, seu espaçamento, a ouvir os batimentos

cárdio-fetais e se tranquilizar com a normalidade dos mesmos, também a incentivando a perceber essa experiência como diferente e se permitindo vivê-la mais prazerosamente. Um processo de parir é diferente do outro, então “deixe acontecer”, se permita a ter uma experiência melhor agora, e assim foi, evoluiu rapidamente. Alfa concordava comigo e ao passar uma contração voltava a conversar e falar de seus planos e de sua vida.

Manteve-se ativa e disposta, deambulando, agachando, sentando na banqueta e tomando banho de aspersão, mas ao se aproximar o nascimento, sentia-se se animada por ter passado mais uma contração e também expressava o medo de que algo desse errado!

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
Na sala de parto: O acolhimento O ritual para o expulsivo.	Lugar estranho e tendo que se adaptar a outras pessoas nesta hora tão importante.	Já nos conhecemos e olhando e passando palavras de apoio vamos dialogando.	Estou muito concentrada e mandando energia boa para Alfa.	Puxo, eminência do expulsivo - Paramentada, preparo o campo para receber o bebê, vou contando o que estou fazendo, aviso que passarei um líquido gelado para preparar a chegada do bebê. Encorajo com palavras positivas, na qual procuro potencializar sua força. Concentrada na força, a dor já não incomoda tanto - Potencializo, escute o que teu corpo pede, faz a força comprida nesta hora... Isso! Mais um pouco!...Muito bem!



<p>Eu-nós O “ser mais” de Alfa. Eu consegui! Nasceu!</p>	<p>Estamos sintonizadas no mesmo objetivo.</p>	<p>É uma relação de apoio, de espera, de tranquilidade, de energia.</p>	<p>A necessidade faz me utilizar minhas habilidades e competências.</p>	<p>Cansaço - Peço consentimento para fazer a episiotomia e Alfa concorda, aviso de que farei a anestesia no nervo podendo e na próxima contração farei o corte para evitar mais tempo no expulsivo e também porque o períneo dela é bem curtinho e ainda a cicatriz da episio anterior é tensa e poderia lacerar nesta região. Peço que respire profundamente, mandando bastante oxigênio pro bebê. Assustei-me com o tamanho do bebê, preciso realizar manobras para liberação do ombrinho o que produz cianose facial, porém chora em seguida, é levado brevemente ao colo da mãe e ao pediatra para os cuidados de reanimação (aspiração, aquecimento e estímulos táteis), obtendo apgar 8/10. Preocupação - Esclareço todos esses</p>
--	--	---	---	---

<p>Eu-isso, Eu-nós Enquanto eu faço a episiotomia, o vínculo entre mãe e filho se iniciam.</p>	<p>Saio de cena, o momento é da mãe e do filho.</p>	<p>Deixo-a curtindo o bebê e me concentro na episiorrafia, Alfa está aliviada.</p>	<p>Percebo que está orgulhosa de si e de seu bebê.</p>	<p>procedimentos à mãe.</p> <p>Emoções - Favoreço o apego, seu bebê nos braços, Alfa procura as semelhanças do bebê com membros da família. Deixo que ocorra esse namoro sem tirar a atenção dela fazendo perguntas. Sinto que não é o momento. Peço que relaxe e conto-lhe que farei os pontos internos e externos.  <i>“Puxa! Eu consegui! Eu não pensei que ia ser tão grandão assim!”</i> Ele pesou 4.145 gr.</p>
--	---	--	--	---

**Quadro 3:** O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Alfa.

A parturiente começa a sentir a pressão do polo cefálico sobre a região perineal e a sensação de acontecer à expulsão do feto. Nessa fase a dor é mais intensa devido à potência das contrações, necessárias à expulsão do feto (ALMEIDA et al., 2005).

O segundo período do processo de parir é chamado de período expulsivo, no qual as contrações intensas ocorrem a cada dois a três minutos e duram de 60 e 90 segundos. Nas primíparas pode durar em média uma hora, enquanto que nas múltíparas, 24 minutos. A duração do segundo estágio superior a duas horas é considerada anormal. O início desse estágio é caracterizado pelo aumento do sinal de sangue, pela ruptura das membranas, pela pressão retal intensa e pelo reflexo materno de fazer força para baixo a cada contração. À medida que os lábios vaginais se separam, a cabeça aparece no orifício vaginal, a

gestante deve assumir um papel ativo e fazer força em cada contração. A enfermeira deve estimular a gestante a empurrar o feto, reforçando os movimentos expulsivos involuntários (BRANDEN, 2000).

Ao completar o período de dilatação, Alfa referiu estar esmorecendo e, ao transportar-se até a sala de parto, confessou segurando firme a minha mão e olhando profundamente em meus olhos:

*Eu estou com medo! Com muito medo! (Alfa)*

As mulheres tem medo da dor de parto porque quando relatamos nossas vivências, sem darmos conta nos referimos aos maus tratos que geram sofrimento e que confundimos com “dor”. A dor é parte do processo de parto, necessária para o reconhecimento, para entrar em um túnel de ruptura é indispensável deixar mentalmente o mundo concreto. Porque parir é passar de um estágio a outro. É um rompimento espiritual. E todo rompimento duela. O parto não é uma enfermidade para curar. É a passagem para uma outra dimensão (GUTMAN, 2003, p.48-49).

Concordando com a afirmação de Gutman (2003), pois Alfa em sua fala espontânea no diálogo vivido deixou transparecer o trauma de sua vivência no primeiro parto. Naquela experiência ficou sozinha no pré-parto, sentia dores fortes e não tinha a quem recorrer, estava com medo diante do desconhecido e ao pedir ajuda foi maltratada e ameaçada verbalmente pela “enfermeira”: teu parto vai demorar..., e não fique fazendo escândalo, porque se ficar chamando o tempo todo, nós ficaremos loucas..., tem que aguentar! Essas palavras associadas às que a sua mãe havia lhe dito, que não era para gritar senão as enfermeiras iam brigar, faziam se agachar na pia do banheiro e com o travesseiro na boca sufocar seus gritos e gemidos (isso no primeiro filho). Esse trauma ainda estava muito vivo e presente para ela, embora se manifestasse mais tranquila e apoiada pela companhia da cunhada e de profissionais, segundo ela:

*Uns amores de enfermeiras! (Alfa)*

No momento que Alfa me diz: *Estou com medo!* Percebi a sua consciência do processo, o medo de se deixar levar, de mergulhar nesse escuro que representa o parir, de deixar o mundo concreto. Seguro suas mãos e digo que estou ali, que ela é capaz, que não tenha medo de se lançar nesta experiência, na tentativa de devolver-lhe a confiança e nas

palavras da autora abaixo, para que se reaproprie de seu corpo de mulher, fêmea e mãe.

Talvez o nascimento seja o momento mais violento do ser humano e nele se produz a ruptura da mente e do corpo. A apropriação do útero das mulheres por parte da ideologia da modernidade sob a dominação do paradigma da modernidade sob a dominação do paradigma fisicista masculinista, no qual o comportamento do corpo é explicado com independência da mente. Portanto, a principal luta que devem dar às mulheres deste novo século é a re-apropriação do corpo feminino e em particular do corpo materno. Nós, mulheres, como em tantos momentos da humanidade, devemos transformar as estruturas patriarcais que nos oprimem (REICHARD, 2007).

Langer (1986 apud Colaço, 2002) diz que, apesar da evolução da obstetrícia moderna, o temor ao parto parece o mesmo. A angústia do parto tem raízes muito inconscientes, primitivas e conhecidas que é a da separação da mãe. Mesmo que se trate de uma angústia tão primitiva, esta pode ser manejada com facilidade, deixando a parturiente sempre consciente do que está acontecendo, sendo importante para evitar ansiedades e transtornos no momento do parto.

Rodrigues (1997) compara o momento do parto a um vulcão em plena atividade, em erupção, devido ao misterioso e forte fenômeno da natureza que ele representa. Mesmo com toda a tecnologia moderna, há um momento do parto que não há nada a fazer, a não ser confiar na existência, na vida, na natureza.

Procurei restaurar a confiança e o controle dela sob o processo, pois não queria que Alfa se deixasse nas mãos profissionais, entendi seu medo..., coloquei-me a seu lado e senti que realmente estava fazendo o que seu corpo pedia, “fazendo o puxo” com toda a força, mas o polo cefálico se apresentava e retornava. Então como a sua preferência era pela posição deitada (litotômica), decidi pela episiotomia. Na segunda força exteriorizou a cabecinha, que sem circular cervical roda e com certo esforço de Alfa e da enfermeira, o ombrinho foi liberado, nascendo um garotão de mais de 4 quilos.

Mas, ao ver seu bebê ali chorando e bem, explodiu uma grande alegria, um doce sabor de vitória. Logo após de o bebê receber os primeiros cuidados, foi colocado encima de Alfa, que já o identificava como membro da família, enquanto a tia, encantada, exclamava o quanto fora maravilhoso assistir o parto.

*Está tudo bem, aquelas dores foram embora, já estou boa...  
Ainda mais com meu filho aqui do lado, não vejo a hora de  
ver a carinha do maninho ao conhecer você! (Alfa)*

Sem a obrigação de mamar, o bebê permaneceu com a mãe, que manifestava aceitação e conforto.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESEÇA	CHAMADO RESPOSTA
Eu-nós e o “fazer com”, no período de dequitação	São muitas emoções.	Alfa se sente renovada e muito disposta.	Estou à disposição para interagir e responder suas dúvidas.	<p>Sinto cólica, ainda dói - Explico e peço para fazer com, pois a placenta dá sinais de liberação.</p> <p>Curiosidade - Mostro sua placenta, explicando a face materna e a fetal onde está inserido o cordão umbilical e serviu de casa para o bebê nos 9 meses, ela comenta: <i>Nossa, parece um fígado e que veionas!</i></p> <p>Preocupação com a integridade do períneo/vagina - Fazendo a rafia explico as camadas de tecidos e o processo de cicatrização e recuperação do tônus muscular, peço que me avise caso sintá dor.</p>

**Quadro 4:** O diálogo vivido no período de dequitação de Alfa.

O estágio denominado de período de dequitação começa logo

após o nascimento e termina com a separação e a expulsão da placenta. Nesse estágio, ainda costumam ocorrer contrações fortes (uma contração a cada cinco minutos), embora menos dolorosas, são provocadas pela isquemia causada pela contração dos vasos sanguíneos do útero. A placenta sai cerca de cinco minutos após o nascimento do bebê (BRANDEN, 2000).

Há duas formas fisiológicas para a liberação da placenta, a seguir:

A. *Baudeloque-Schultze* (75% de frequência); nesta forma a placenta que está inserida no fundo do útero inverte-se e se desprende pela parte fetal em forma de guarda-chuva.

B. *Baudeloque-Duncan* (25% de frequência); a placenta inserida na parede lateral inicia a ruptura pela borda inferior, exteriorizando-se por deslizamento (FREITAS et al., 2003).

O como fazer no período de dequitação de Alfa foi um momento onde pude expressar as habilidades e as competências de educadora. Ela demonstrou curiosidade em conhecer a placenta e houve a oportunidade de mostrar e orientá-la sobre o que é a placenta, qual a sua função e relacionar com os cuidados do período de Greenberg. Neste momento Alfa estava aparentemente tranqüila, pois já havia passado as fortes dores provocadas pelas contrações, estava com o seu filho nos braços e se sentia forte. Enquanto fazia a episiorrafia, ouvia Alfa conversando com o bebê e percebia a importância do contato pele a pele entre mãe e filho, do reconhecimento da criança como membro da família, parecido com o pai ou com o irmão, enfim, dizendo-lhe o quanto era bem vindo.

Todos sabem que o contato pele a pele constitui um importante promovedor do estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. A descoberta da ação dos neuro-hormônios esclarece parte da base fisiológica da “vinculação”. As endorfinas são neuro-hormônios que aliviam a dor, também estimulam sensações de prazer e bem estar, que estão presentes na amizade, no amor, no sexo e no relacionamento afetivo que induzem comportamentos de cuidar e tratar, também produz hábitos de dependência mútua particular. Após o parto, os níveis de endorfinas estão elevados, tanto na mãe quanto no bebê, podendo ser visto, então, o quanto o sistema endorfinico contribui na criação de uma interdependência entre a mãe e sua criança (ODENT, 2002). Essas descobertas reforçam a cuidar e a atentar neste primeiro e importante contato entre a mãe e seu filho.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “ser com” O período de Greenberg	Renovada, Alfa se encontra novamente com suas coisas.	Alfa se mostra agradecida e fortalecida. E eu estou satisfeita por vê-la cheia de si.	Presenciei todo o processo e posso dizer-lhe: nunca duvide de sua capacidade!	<p>Preocupação com o tamanho do bebê/ com os pontos - também conversamos sobre os cuidados com os pontos, com quantos dias caem, os cuidados com um bebê grande (HGT);</p> <p>Primeira mamada/emoção - ajudada pelas colaboradoras da sala, bebê no seio já manifesta o reflexo da busca.</p> <p>Expectativa da reação da família - Falamos sobre a reação do irmão e do pai ao ver o bebê, acolhimento e reconhecimento da parentalidade.</p> <p>Sente-se forte e faz planos (quando que eu vou ter alta?) - em 48 hs e justifico.</p> <p>Risco de hipotonia e hemorragia - Avalio contratibilidade uterina; sangramento</p>

				vaginal; verifico os sinais vitais, explico sobre os sinais de segurança, avalio a pega e a libero para o alojamento conjunto, onde se encontrará com os familiares. Parabéns, Alfa, sejam felizes! Tudo de bom para vocês.
--	--	--	--	---

**Quadro 5:** O diálogo vivido no período de Greenberg de Alfa.

A primeira hora após a saída da placenta é chamado de quarto período do processo de parir, também conhecido como período de Greenberg. É o período em que o corpo da paciente adapta-se ao período pós-parto. A parturiente deve ser avaliada para detectar atonia uterina, hemorragia puerperal, anormalidades dos sinais vitais e retenção urinária. (BRANDEN, 2000).

Neste período a euforia foi grande, a de Alfa por ter conseguido parir e estar bem e a minha por vê-la superando o medo e poder ajudá-la, o que fez dizer-lhe: Parabéns! Viu só como você é capaz? Nunca duvide de sua capacidade!

O que fazer no período de Greenberg estava muito claro para mim, como profissional, pois o conhecimento científico me dava suporte para cuidar de forma segura, monitorando seus sinais vitais, a involução uterina e a perda sanguínea. O como fazer os cuidados neste período crítico foi impregnado da singularidade do ser cuidado, pois percebi seu interesse, sua disposição, sua alegria em dar à luz e vislumbramento com seu bebê, e ao trazer aspectos técnicos do período de Greenberg poderia quebrar o encanto. Mas, à medida que fazia a sutura da episiotomia, também informava à paciente sobre o andamento da mesma, sobre as características do sangramento. Nesse momento Alfa relatava suas dúvidas, perguntando: *Quantos pontos eu levei?* E na oportunidade eu explicava-lhe os planos da incisão (mucosa, músculo e pele), que agora ela entrava no período involutivo, no qual o útero deve diminuir gradativamente. Na primeira hora é crucial observá-lo para que esteja endurecido e na altura da cicatriz umbilical e, assim foi solicitando que ela mesma verificasse e a ajudasse a observar.



Alfa participava dos cuidados, dizendo:

*Nossa, minha barriga sumiu, que sensação esquisita! (Alfa)*

E sentindo abertura, aproveitei a oportunidade para estimulá-la que expressasse como era essa sensação. Ainda, expliquei sobre a existência e o porquê dela ainda sentir cólicas, as características dos lóquios e como deveria cuidar dos pontos recebidos, trazendo tais assuntos numa linguagem simples para que uma pessoa leiga como ela pudesse entender.

O contato precoce do bebê sugando o seio da mãe, aliado com a intensa emoção sentida nesta hora, de fato estimulam a secreção de hormônios da mãe. Esses hormônios, por sua vez estimulam as contrações do útero, que são necessários para expelir a placenta espontaneamente e evitar hemorragia (ODENT, 2002).

Alfa estava renovada e querendo retomar “as rédeas”, o controle e o cuidado de sua família, pois já me perguntou:

*Você sabe me dizer quando vou ter alta? (Alfa)*

O que sinalizou o empoderamento dessa mulher, como se dissesse: estou tão bem, quero ir logo para casa, estar com a minha família e tomar conta deles!

### **5.1.2 O diálogo vivido no processo de parir de Epsilon: uma gravidez planejada e desejada**

Dia 22 de maio de 2009, às 11h e 20 min., Epsilon, procedente de Itaiópolis, chegou à maternidade trazida pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, em companhia do esposo, após contato prévio entre o médico do Hospital daquele município e plantonista deste. A princípio foi admitida para observação, pois estava com 3 cm de dilatação e as contrações não eram efetivas. O marido permaneceu com ela o tempo todo. Eles são fumicultores e trabalham muito para sobreviver em boas condições de conforto. Indiquei-lhes a área de granja de frangos como mudança de ramo, mas me responderam que o financiamento para a construção de granja dentro das normas regulamentadoras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) compromete muito os recursos, fazendo-os preferir

continuar na cultura do tabaco.

Elementos da enfermagem humanística	DIALOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
<p>Eu-Isso O cartão da gestante me diz que teve infecção do trato urinário (tratada com norfloxacina). É G.I, gestação de 40 semanas, fez 9 consultas de pré-natal. Está com 70, 500gr, tendo um ganho de 17 kg, posição cefálica. Imunizada contra o tétano. Fez um USG no primeiro trimestre. Na sua admissão queixava-se de dor lombar e BV, dilatação de 3 cm, colo grosso, apresentação cefálica e alta, bolsa íntegra, bcf 146 bpm, DU 1/10', PA 110/70 mmhg. Residem em localidade do interior de Itaiópolis, local de difícil acesso,</p>	<p>Conheço Epsilon pelo cartão e passagem do plantão, pois já estava em observação.</p> <p>Chego até ela, nos apresentamos, pois teve seu marido como acompanhante.</p>	<p>Deixa-la à vontade, ouvir suas preocupações e questões, esclarecendo-as.</p> <p>É disposta, trabalha da fumicultura.</p>	<p>Identifico a ansiedade.</p> <p>Sem barreiras, Epsilon é colaborativa e sinto boa receptividade em relação à mim.</p>	<p>Dificuldade de acesso; Pródromo do trabalho de parto; ansiedade - Admitida para observação; proporciono bom acolhimento, deixando-a a vontade e estimulando a deambulação.</p> <p>Gestação desejada e planejada, alegria em gestar - Faço dinâmica uterina, asculto bcf e lhe informo que está no início da fase ativa, a estimulo a andar, a namorar (está com o marido) e agachar, e a</p>

distante 40 km do centro.	Estamos juntas e Epsilon se sente a vontade para manifestar seus anseios e desconfortos.	Percebo que ela trás consigo crenças e medos em relação ao parto.	Estando presente sinto que vou conquistando a confiança e orientando o processo.	vejo passeando pelos corredores.  Cansaço, preocupação, dor (há 2 dias com dor e sem dormir) - Procuo deixá-la em ambiente tranqüilo para que descanse, depois faço e ensino marido a fazer as massagens lombares e dorsais e oriento os exercícios na bola.
O “bem-estar”. O cansaço	Epsilon não evita o encontro, está com o marido, mas prefere a minha presença.	Colocando-me em seu lugar, realizo as massagens suavemente, ensino o marido e obtenho a satisfação dela.	Sinto a sua tensão corporal e pudor.	Tensão, dor - Proponho um longo e relaxante banho de chuveiro. Ela aceita e ora em pé, ora sentada no banquinho, deixa a água quente escorrer pelas costas e barriga. Prefere colocar suas roupas e caminhar.
O “fazer com” para chegar ao relaxamento.	Valorizo a presença do companheiro e procuro inseri-lo nos cuidados e apoio.	Epsilon não quer ficar sozinha, mesmo não sendo participativo, ela sente-se mais segura tendo o olhar do marido.	A ansiedade por ter logo o bebê se alterna com a confiança de está tudo bem e logo ela chegará.	Insegurança, medo - Incluo o marido nos cuidados e esclareço suas dúvidas e vou dando ciência da evolução normal do processo. Ele observa de longe o

<p>Eu-nós O acompanhante.</p>	<p>Dedico-lhe meu tempo, estando presente visando tranquilizá-la.</p>	<p>Relação verdadeira, olho nos olhos, Epsilin parece que olha para dentro de si.</p>	<p>Sinto-a reprimida No chuveiro, me contou fatos de sua família, histórias de parto assustadoras.</p>	<p>comportamento da mulher.  Preocupação com o bebê - Mesmo estando no banho ausculto bcf de 30 em 30' e depois de 15 em 15' tranquilizo-a de que o bebê está bem e manda força e coragem para a mamãe e que tá gostando do banho. Fico com ela, passo sabonete nas costas, massageando-a. Reforço o fisiológico e sua capacidade da parir.</p>
<p>O “fazer com” em busca do bem estar no trabalho de parto que está evoluindo.</p>	<p>Manifesta-se ansiosa e cansada.</p>	<p>Sente-se cansada, no limite de sua energia.</p>	<p>Sinto que preciso animá-la, renovar suas forças.</p>	<p>Dúvida, posição de sofredora - ofereço mais massagens com óleo na região lombar e falo da aceitação da contração em soltar o corpo, deixar vir e não lutar contra a contração. Respiramos juntas e devagar e a tranquílizo.Desc anse entre uma contração e outra. Fazemos a DU juntas, sendo 2/10'(65" e 55").</p>

<p>Eu-tu Estou cansada, não aguento mais! Vamos voltar ao controle do processo!</p>	<p>Na intimidade do banho, durante os cuidados de relaxamento se sente à vontade para questionar.</p>	<p>Relata casos de nascimentos traumáticos, “fizeram nascer na marra.”</p>	<p>Expõe seus sentimentos e relaxa o corpo, a tensão.</p>	<p>Medo - estímulo a falar do que teme. Sente-se melhor com meus esclarecimentos Sugiro que realize os exercícios na bola, para ampliar o diâmetro da bacia e facilitar a descida do bebê.</p>
<p>Eu-Tu: Abertura para o diálogo. Expõe suas dúvidas e medos.</p>	<p>Percebo que essa situação a deixou insegura.</p>	<p>Sinto que está assustada.</p>	<p>Coloco-me em seu lugar e avalio que a situação é de insegurança.</p>	<p>Dúvidas, falta de informações (e se a bolsa não estourar?) - Esclareço a função e a importância de mantê-la íntegra e se for necessária será rompida artificialmente. Estamos ouvindo e vendo que o bebê está bem e se preparando para nascer. Ausculto antes, durante e depois e vemos juntas que não há variação. Se poupe, procure descansar, respire devagar..., ofereço água, um prato de sopa.</p>
<p>O ambiente. Chega uma parturiente em</p>	<p>Colaborativa, acredita nos cuidados e no</p>	<p>Pede por ajuda. Se ela chegou</p>	<p>Sinto necessidade de fazer algo</p>	<p>Desestabilizou- se ao ver outra parturiente</p>

<p>fase adiantada e muito agitada.</p>	<p>parto, porém está no limite de sua energia.</p>	<p>assim e está com 9, então vai ficar mais forte ainda essa dor?</p>	<p>por ela.</p>	<p>chegar desesperada - Empaticamente avalio e esclareço a situação do trabalho de parto. Penso em levá-la para outro quarto, mas não é necessário, pois a outra vai pra cesárea. Explico que foi devido ao sofrimento do bebê, mas que com ela estava tudo bem e apesar de arrastado estava evoluindo dentro da margem de segurança do partograma. (explico em linguagem leiga).</p>
<p>Eu-Tu, após 11 horas de admissão: Demonstra-se cansada, ainda mais vendo chegar uma parturiente desesperada..</p>	<p>Apela para que lhe ajude, pois demonstra cansaço.</p>	<p>Balançávamos como numa canção de ninar... Estou cansada, dizia... não sei se vou ter forças...</p>	<p>O “estar com”, me faz tomar atitude vamos apurar...</p>	<p>Cansaço - Ofereço chá com açúcar; faço exame; ausculto bcf; fazemos juntas o DU. Chamo-a para sentar no banquinho; abraço-a; peço que se pendure em mim; balance o corpo; feche os olhos e respire. Estimulo-a esvaziar a bexiga; a deitar um pouco; a escutar seu</p>

<p>O “fazer com”, buscando o conforto e autocontrole.</p>			<p>Sentindo o cansaço e respeitando seu desejo pactuo a aceleração do processo com a ruptura das membranas.</p>	<p>corpo e fazer o que ele pede, se é empurrar, empurre, se é descansar, descanse.</p> <p>Balançávamos como numa canção de ninar... Assim rompo as membranas da bolsa d’água, constato e informo a normalidade do mesmo e reforço: o bebê está bem, ela quer nascer... Ajude-a, solte o corpo, deixe-a descer, agora só falta ela ajeitar a cabecinha e descer, andar, se movimentar se agachar vai ajudar e ela atende. E logo vamos para sala de parto.</p>
---	--	--	---	---

**Quadro 6:** O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Epsilon

O que fazer e o como fazer no trabalho de parto de Epsilon foi norteado pelo diálogo vivo, estabelecido entre paciente e enfermeira.

Os sinais de que o período preliminar do trabalho de parto está começando são bastante conhecidos: a perda do tampão mucoso, contrações irregulares que causam sensação de cólica menstrual, o rompimento das membranas com escoamento de líquido na forma de jorro. De acordo com Maldonado (2002), nesta fase, a maioria das parturientes sente aumentar o medo e a ansiedade frente ao parto, isto por ser sentido como uma situação sem volta que tem que ser enfrentada. Esta situação gera ansiedade familiar não somente pelo

nascimento do filho, mas também por todas as alterações e adaptações pelas quais terá que passar.

Epsilon chegou muito cedo à maternidade, ansiosa, ainda estava na fase latente do trabalho de parto, referia que há dois dias não dormia direito, sentindo cólicas e desconfortos.

A preocupação com a saúde e o amor de Epsilon pelo bebê estava presente em todo o momento, pois referiu inúmeras vezes o quanto esperou esse bebê, que estava com medo de que acontecesse algo com o mesmo, diante de tanta dor que estava sentindo. Em face desta constatação e tendo a competência científica para prestar o cuidado no período da dilatação, verificava os batimentos cardíco-fetais (bcfs) em intervalos de 30 em 30 minutos e com maior frequência ao se aproximar o nascimento. Para Epsilon, era tranquilizador e notório que a mãe suportava melhor as contrações ao sentir que o bebê estava bem. E eu, procurava aproximá-la do bebê, traduzindo os bcfs rítmicos e no valor normal em mensagem positiva, tipo: mamãe eu estou bem e, não vejo à hora de ir para os seus braços, aguente firme, logo eu chego, me ajude a nascer! Ao que Epsilon correspondia com um sorriso e voltava seu olhar ao marido.

A dilatação cervical estava evoluindo gradualmente, quando Epsilon e seu companheiro foram convidados a controlar o aumento da frequência e da intensidade. Como chegaram muito cedo à Maternidade, a ansiedade foi tomando conta e fazê-los controlar o processo foi uma forma de compreendê-lo e aceitá-lo. Epsilon pensava que sentiria as dores e logo ganharia o bebê e isso se evidenciou em sua fala quando diz:

*Tá louco! Eu acho que passou da hora porque quando eu cheguei na sala de parto, as dores tinham passado e, eu ganhei sem dor. (Epsilon)*

O pré-natal deveria contemplar momentos educativos, nos quais seriam explanados como acontece o processo de parir, atitudes que contribuem para que a mulher mantenha o controle e seja protagonista de sua vivência. Cabral, Ressel e Landerdahl (2005) falando sobre a consulta de enfermagem à gestante, também ressaltam a necessidade do compromisso que a enfermeira deve ter com a saúde da mulher envolvendo aspectos sociais e culturais na promoção de sua autonomia/cidadania, bem como a construção de espaços que viabilizem o empoderamento dessas mulheres, para que elas atuem como agentes de transformação da sua realidade social.



Embora a maioria das mulheres sinta alguma dor durante o trabalho de parto, suas respostas variam, todavia o trabalho de parto anormal, prolongado ou complicado por distócia, induzido ou acelerado por ocitócitos, ou com término instrumental, pode intensificar a experiência dolorosa. Uma importante tarefa da enfermeira obstétrica é ajudar a parturiente a lidar com a dor. O alívio da dor é possível por meios farmacológicos, mas, ainda mais fundamental e importante é a abordagem não farmacológica, que pode ser iniciada desde o pré-natal através de cursos para a gestante, o casal e /ou sua família (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

Desde o início do trabalho de parto, além do suporte emocional (presença do acompanhante) e da liberdade de posição, seja deitada na cama, recostada ou em deambulação, há outros métodos não-invasivos e não farmacológicos de alívio à dor que podem ser aplicados. Para muitas mulheres, assim foi para Epsilon, o contato com a água de chuveiro ofereceu alívio, os toques e as massagens também ajudaram. Outras práticas não danosas também foram úteis, como técnicas de focalização de atenção com respiração padronizada, incentivo verbal, relaxamento, ainda música ambiente.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “estar com” para “ser mais”. Vamos para a sala de parto!	Epsilon me olha, acreditando!	O movimento em ir pra sala faz ela se encher de ânimo.	Coloco-me em seu lugar e percebo a confiança que sente em si e em mim nesse momento. Fica calada, surpresa por não sentir dor, as contrações estavam mais esparsas e parecia que ela estava em outro lugar, quase	Período expulsivo (está entorpecida) - Peço sua ajuda porque o bebê precisa. Força insuficiente, cansaço, sonolência – Vamos! De novo! Esculto bcf e vejo que está tudo bem, e aguardo pacientemente, porém sentindo a demora da descida, combino em fazer “o corte” para apurar. Aviso que farei anestesia, que a força nesse momento era importante, pois o bebê não podia ficar muito tempo no canal. Combinamos de unir todos os esforços, ela com toda

			dormindo, fazia uma força e parava.	uma força bem comprida e eu com o corte (até porque o seu períneo era muito curto e temia laceração até o ânus), então nasceu, chorou logo! Loirinha como a mãe, todos brincam e ela solta um sorriso aliviada, olhando para a filha! Seja bem vinda criança! Ah! Graças a Deus! Digo, você conseguiu, é uma mulher muito forte, parabéns!
--	--	--	-------------------------------------	---

**Quadro 7:** O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Epsilon.

Epsilon referia o cansaço e a dor do trabalho de parto e estava a ponto de desistir, porém, em nenhum momento houve “medo” em sua fala, em sua expressão facial. O respectivo movimento de cuidado foi sempre no sentido de dar-lhe alento e conforto neste período, para que não desistisse. Enfim, chegou o momento de seguir para a sala de parto Epsilon foi andando e nesse andar iniciava o ritual, devagar..., respira..., agacha..., ajuda..., para que esse movimento pudesse ser útil para o bebê descer. Epsilon precisava sair do pré-parto e ir para a sala de parto para reunir mais uma vez as forças e parir.

No nascimento, Epsilon estava exausta e quase não fazia força e eu senti a necessidade de fazer episiotomia, ao que ela não se opôs, pois pedia ajuda e dizia não sentir mais dor, mas que também não tinha mais forças para ajudar. Então, combinamos que iríamos ajudar: e ela comandaria o processo. No momento em que viesse a contração avisaria, faria força de grande intensidade e de longa duração. Já, eu faria a episiotomia e o bebê iria fazer a manobra física se insinuando no trajeto vaginal, coroadando e nascendo..., e assim foi. Então, apesar de alegre e percebendo a conquista de Epsilon e toda a sua emoção, fiquei frustrada por novamente fazer episiotomia, mas relativizando, fiz a seguinte reflexão: era um bebê grande..., ela estava exausta..., a posição litotômica que ela assumiu não era favorável..., e ela consentiu com o procedimento da episiotomia e agora estava tão bem! Tudo isso me fez considerar que o saldo final foi positivo.

Durante o primeiro período de trabalho de parto, quando está

ocorrendo à dilatação do colo, a cabeça do feto exerce maior pressão sobre o colo, quando a parturiente está na posição vertical do que na posição deitada, favorecendo uma redução de tempo neste período em relação à parturiente, que permanece na posição horizontal e tem o colo do útero solicitado de maneira menos eficiente (OMS, 1996).

No estudo de Franco et al. (2006), as autoras descrevem as vantagens do parto vertical em comparação ao parto tradicional, na posição supina, horizontal ou litotômica, como sendo: as articulações pélvicas têm a possibilidade de se expandir, mover-se e permitir que o feto se ajuste de maneira adequada. A posição verticalizada possibilita a ampla movimentação da pelve, o sacro fica livre, pode mover-se para trás, aumentando o estreito inferior da pelve, favorecendo a acomodação e rotação interna das partes fetais em sua descida, migração, coroamento e nascimento. No entanto, Epsilon não suportava ficar de cócoras, se dizia muito cansada e era influenciada pela forma tradicional de parir, quis ter o bebê na sala e mesa de parto. Proporcionei a posição semi-fowler para evitar sofrimento fetal, enquanto aguardávamos o nascimento.

Outro ponto levantado pelas mesmas autoras se refere à minimização da dor nesse período, pois na posição reclinada, assumida entre uma contração e outra, produz a descompressão da inervação sacra, produzindo menos desconforto e conseqüentemente reduz a solicitação de analgesia no parto.

Cada profissional é responsável pela qualidade do cuidado que oferece. A atenção à maternidade deve basear-se nas necessidades da mãe e de seu filho, não nas do profissional, porém infelizmente a instituição não dispõe de cadeira para o parto vertical como opção para a mulher parir e Epsilon não manifestou desejo de ficar em outra posição, senão na tradicional. Alguns profissionais da instituição em foco se negam a atender o parto vertical, ou “fazê-lo” na posição tradicional na cama comum de pré-parto, alegando não ser possível realizar a manobra para a liberação do ombro, também não ser confortável para o médico fazer episiotomia e episiorrafia. Na verdade, a assistência ao parto fisiológico pressupõe respeito pela fisiologia do processo de parir e para tanto é preciso romper com o paradigma tecnicista da formação.

Objetivando oferecer outras formas de parir, em conjunto com a equipe de profissionais de saúde da instituição, foi elaborado um projeto e estando em vias de receber uma cama para pré-parto, parto e puerpério (cama PPP) e, assim dar-se-á condições de opção para escolha da forma de parir para as parturientes. A cama PPP, além de permitir a realização do parto na posição tradicional, de gatas, em decúbito lateral esquerdo e

vertical, acomoda a parturiente no período de trabalho de parto, quando esta deseja descansar, no parto propriamente dito e o pós-parto, durante os cuidados no puerpério imediato.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “fazer com”, no período de dequitação.	Epsilon se deixa cuidar por mim, relaxa e confia.	Totalmente aliviada, pensando que depois do nascimento não teria energia pra nada, Epsilon sente-se aliviada e renovada em sua energia. Confia em si e nos meus cuidados.	Eu não interfiro em sua relação com o bebê, só estímulo e ela se deixa ser cuidada por mim.	<p>Confiança, alívio, alegria - Aumento sua auto estima reforçando sua capacidade e seu poder.</p> <p>Risco de retenção e hemorragia - aviso que farei os pontos e que ela pode descansar. Percebo aumento do fluxo sanguíneo com bolhas de ar, sinais da eminente dequitação. Explico lhe que a placenta já estava se soltando e que ela poderia ajudar fazendo mais uma força, a dequitação ocorre tipo Baldeoque Duncam, exteriorizando primeiro a face materna, os cotilédones estão íntegros. Placenta com calcificações. Questiono, mas nega o uso do tabagismo, porém trabalha com a planta do fumo, explico os riscos.</p> <p>Curiosidade, preocupação - Mostro-lhe a placenta e as calcificações (maturidade), mas</p>

				<p>como vemos o neném bem nos tranquilizamos.</p> <p>Sangramento moderado - administro medicação de rotina IM e EV.</p> <p>Realizo a episiorrafia, explicando o que estou fazendo. Neste ínterim, Epsilon está totalmente embevecida com a criança em seus braços, fazendo o contato pele a pele.</p>
--	--	--	--	---

**Quadro 8:** O diálogo vivido no período da dequitação de Epsilon.

Conforme o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004), humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, assim é em todo o processo de parir e também no período de dequitação. Procurei prestar atenção nas demandas de cuidados de Epsilon. A placenta deliberou dentro do período de 15 minutos, acompanhou o processo sem apressá-lo, comunicando à Epsilon os acontecimentos. Ao identificar a integridade da placenta e o sangramento moderado, providenciou imediatamente a instalação de acesso venoso e medicação uterotônico. Mostrei a placenta a Epsilon e verifiquei a presença de múltiplas calcificações. Então questionei sobre os fatores relacionados com a mesma e salientei o prejuízo que o tabaco traz à gestação. O fato de não fumar, mas de manusear a folha de fumo pode ter influenciado no surgimento destas calcificações, trazendo riscos para o bebê. Epsilon ficou assustada, porém aliviada em ver que o seu bebê estava bem.

Realizei a episiorrafia, explicando o que estava fazendo. Neste ínterim, Epsilon estava totalmente embevecida com a criança em seus braços, fazendo o contato pele a pele. Valorizando esse momento lembrei-me do que Montagu, (1988, p.20) diz em seu livro, *Tocar: o significado humano da pele*: “o amor e a humanidade começam onde começa o toque: no intervalo de poucos minutos que se seguem ao nascimento”. O contato imediato pele a pele com a mãe ajuda a manter a temperatura do corpo do bebê, é importante emocionalmente e psicologicamente para a mãe e para o bebê. Após o nascimento o bebê

será “colonizado” por bactérias e, é melhor que sejam as da pele da mãe e não de outro lugar qualquer.

	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “ser-com”, para ser estar mais. “Nasce a mãe!”	Estamos em sintonia.	Percebo a curiosidade e a renovação a energia de Epsilon, nesta fase presta atenção e se coloca de maneira pró-ativa. Epsilon é outra, está bem acordada e ativa, porém, me relatou: Ah! Agora eu vou poder dormir, descansar! No entanto sentiu-se renovada, sem cansaço e disse: Nossa, nem parece que eu tinha passado por tudo aquilo.	Percebo o momento de muita alegria e de perspectivas. Somos mulheres fortes e capazes! Não só de parir, mas também amamentar e cuidar.	<p>Necessidade de estabelecer apego, contato pele a pele - Proponho-me à escuta ativa, enquanto faço os pontos. Não interfiro na relação mãe-bebê.</p> <p>Curiosidade, disposição, quer participar dos cuidados (<i>quantos pontos eu levei?</i>) - Explico que tem os pontos internos e os externos (foram 8) e que há necessidade de cuidar com a higiene (uso linguagem leiga).</p> <p>Disposição, empoderada, feliz - Ajudo o bebê a abocanhar a aréola. O bebê já manifesta o reflexo da busca. Pesou 3.810 gr, permaneceu tranqüila nos braços da mãe enquanto fazia a sutura.</p> <p>Risco de hipotonia e hemorragia - Aviso que farei o curativo e aplicarei uma pomada para evitar hematoma. Explico-lhe que o</p>

				útero murchou e ela comenta: <i>Nossa cadê minha barriga, sumiu!</i> Então, você ainda irá sentir um pouco de cólicas que é um sinal de que teu útero está contraído e assim evitar risco de hemorragia. Útero contraído, sangramento fisiológico, sinais vitais estáveis, orientações fornecidas, contato pele a pele e início da sucção ao seio libero-a ao alojamento conjunto.
--	--	--	--	--

**Quadro 9:** O diálogo vivido no período de Greenberg de Epsilon.

A hemorragia pós- parto é caracterizada pela perda de sangue superior a 500 ml, e é, sem dúvida, uma das situações mais dramáticas e angustiantes vivenciada pelos profissionais de saúde. A enfermeira obstétrica deve estar capacitada e ter habilidade técnica para atuar frente à iminência/presença de cliente com choque hipovolêmico. Na presença de sangramento via vaginal anormal, a observação deve ser redobrada, controlando a retração uterina, a perda sanguínea e o estado geral. Na assistência no período de Greenberg de Epsilon esteve atenta, pois verifiquei um sangramento além do normal, o que relatei ao tipo de dequitação (Baldeloque Ducam), que se estabilizou logo a seguir.

Acreditando no protagonismo da mulher e confiante em sua capacidade para dar à luz, também cuidar de seu filho, eu, como enfermeira obstétrica, procurei potencializar essa capacidade ainda mais, visando o seu empoderamento. Assim a instruí sobre o cuidado de si no período puerperal e à medida que surgiam oportunidades, salientava o significado daquela primeira hora do pós-parto (a importância do útero estar contraído e na altura da cicatriz umbilical, do sangramento não ser além do normal). Epsilon adotava práticas maternas de acarinhar, de trazer ao peito, de confortar o bebê, falando suavemente com o bebê.

O contato e a estimulação precoce do mamilo materno pela sucção do bebê foram reforçados por mim para que também fosse estabelecido mais um cuidado para produzir a resposta uterina. A influência da estimulação do mamilo pelo bebê, sobre as contrações uterinas favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia (BRASIL, 2006b).

Constatando a contratibilidade uterina e normalização do sangramento vaginal, fiquei mais tranqüila e sentindo o pós-parto como um momento de acabamento, conforme cita Machado (2005, p. 45):

Pós-parto: momento de 'acabamento' da experiência do parto. Tempo de ressonância que pede a abertura de espaço para a escuta. [...] especialmente a mãe está dilatada. Há muito mais para sair além do bebê. Há outras dilatações e contrações além das uterinas. Toda família está dilatada: transborda, procura e aguarda o espaço para expressar algo vital de si mesma.

Para isso, intencionalmente, tomei o cuidado para que a equipe ou o ambiente não a tolhesse na sua relação com o bebê e que estivesse apenas presente para auxiliá-la, caso solicitasse, enquanto eu fazia e episiotomia e estava ao seu lado.

### **5.1.3 O diálogo vivido no processo de parir de Zeta: uma gestação não planejada e não desejada**

Zeta esteve internada para tratamento para inibição de trabalho prematuro e infecção do trato urinário há 4 dias. Chegou à maternidade acompanhada do companheiro, trazida pela ambulância da secretaria de saúde do município vizinho. Apresentava-se muito tímida, falava baixo, apenas respondendo o que era perguntado, dando a impressão de submissão, medo e fraqueza. Nessa relação percebi o sofrimento físico e psíquico de Zeta, apresentava-se maltratada, sua pele com descamações esbranquiçada, mal nutrida (falou que só tomava café e fumava), expressão de tristeza e desânimo.



Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESEÇA	CHAMADO RESPOSTA
<p>Eu-isso. Dados obtidos do prontuário médico da internação anterior e do cartão da gestante. Zeta esteve internada tratando de ITU + TPP há uma semana. Seu pré-natal foi incompleto, trata-se de G.V, P.III, A I, gestação de 34/35 semanas, fez um usg quando estava hospitalizada e o desvio padrão era de + ou - 3 sem.</p> <p>Eu-tu. Chega de ambulância, o companheiro não fica com ela. Eu-Isso. Apresenta manchas esbranquiçadas na pele e lesões nos MMII com prurido intenso. Sinais vitais: PA 110/70 mmhg, P= 80</p>	<p>Preparo-me para o encontro.</p> <p>Apresentamos e nos lembramos do internamento anterior. Então pergunto o nome do bebê.</p>	<p>Conheço-a do internament o anterior e sei se tratar de um caso de risco social.</p> <p>Zeta é de poucas palavras e nesse momento sente as contrações mais intensas, fala como iniciou.</p>	<p>Sento-me a seu lado.</p> <p>Coloco-me a seu lado e lembro o contexto do internamento anterior, pergunto se as queixas urinárias melhoraram.</p>	<p>Feto prematuro e gestante subnutrida - Fico atenta à evolução do trabalho de parto, pois pode se tratar de um caso de prematuridade. Tomo a posição de escuta ativa.</p> <p>ITU recente, falta de apoio familiar, dificuldade de acesso ao serviço de saúde - Peço sua permissão e faço exame físico e obstétrico e identifico TP, Bolsa rota.</p> <p>Desânimo, TP/ dor, ansiedade (150/90 mmhg) Faço massagens na cabeça, deixo o ambiente na penumbra e uma música suave em baixo volume. Respiramos juntas, devagar e profundo. Busco tranquilizá-la e focar nela e no bebê.</p>

<p>ppm, BCF 150 bpm, DU + 2/10<sup>7</sup> (35'', 40''). Ao exame: colo 4 cm, grosso, amolecido, apresentação cefálica, bolsa rota com presença de líquido amarelado. Obs: realizado corticóide na internação anterior.</p>				
<p>Eu-tu Zeta tem 26anos e vai ter o quarto filho, casou com 14 anos, seu marido é doente (tem mal de Chagas desde bebê). Ele a humilha e até recentemente batia e a violentava sexualmente. Não está feliz no casamento e a família sofre privações de um lar, de condições dignas de vida (vivem de favor na casa de parentes e com apenas o salário auxílio</p>	<p>Sente-se acolhida na maternidade e após algum tempo conta a história de sua vida.</p>	<p>Zeta fica calada e geme sentindo a intensificação o da contração, parece deprimida e preocupada, sei que não tem enxoval para o bebê.</p>	<p>Sentindo seu drama, procuro animá-la, trago um enxoval doado pelas voluntárias.</p>	<p>Risco social. Encaminhamento para o serviço social, pois juntas faremos o encaminhamento da documentação para os trâmites para LT e busco aumentar sua autoestima.</p>

<p>doença dele). Por conta disso não deseja esse filho e na gravidez anterior provocou aborto ingerindo várias pílulas anticoncepcionais.</p>				
<p>Eu-nós A pílula estava fazendo mal, engravidou com preservativo, já provocou e correu risco de morte devido a um aborto, está decidida: quer fazer laqueadura.</p>	<p>Sinto abertura para o diálogo.</p>	<p>Vê a laqueadura como uma possibilidade e para mudar de vida, fala que quer trabalhar, ter sua casa, se o marido não se submeter às suas regras, quer se separar.</p>	<p>Percebo o risco de depressão pós-parto e o quanto é preciso resgatar e levantar sua auto-estima.</p>	<p>Risco de depressão - Solicito o serviço de psicologia e Zeta aceita. As contrações estão ficando mais fortes e ela geme e se inquieta no leito, não quer sair do leito, mas aceita as massagens lombares.</p>
<p>O eu-tu. Timidez ou submissão, medo e fraqueza.</p>	<p>Calada, seus olhos falam de seu sofrimento. Apresenta: palidez cutânea, cabelos pretos, lisos e longos e pesados, além de uma postura desanimada. Confirma que tem anemia há muito tempo.</p>	<p>Zeta tem vergonha de sua situação, por isso fala baixo, dando a impressão de medo e submissão.</p>	<p>Sinto que estar na maternidade e na minha presença a faz sentir-se amparada.</p>	<p>Inexistência de vínculo afetivo com o bebê; depressiva, trabalho de parto - Realizo os cuidados de rotina, auscultando bcfs de 15/15', realizo a DU, observo as perdas vaginais. Procuoro intermediar um diálogo entre o bebê e a mãe, mas a receptividade é pouca. Bcf</p>
<p>O “fazer com”</p>	<p>Sinto-a vivenciando o processo de</p>	<p>Zeta sente o aproximar do</p>	<p>Sua postura alheia parece dizer:</p>	

	parir, mas absorvida com seus problemas.	nascimento e sentindo a dor como agonizante, age com naturalidade e controle.	O bebê que vem vindo é só mais um problema pra eu resolver.	mantém-se entre 140 a 148 bpm e a DU 3?10'(45", 55" e 60") e a PA=120/80mmhg . Zeta refere sensação de "puxo", verifico que a dilatação é total e decidimos em conjunto que iremos de maca, pois é o quarto filho e o volume uterino é pequeno.
--	--	---	---	---

**Quadro 10:** O diálogo vivido no pré-parto do processo de parir de Zeta.

“A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos, conforme as condições sociais, raciais, étnicas culturais e de gênero” (BRASIL, 2004a, p.59). Assim, envolvi-me profundamente com Zeta, sensibilizando-me com a sua condição, pois percebi a necessidade de resgatar a autoestima e o desejo de melhorar a situação da paciente e a de sua família.

Diante da realidade de Zeta, tentei cumprir com o princípio da equidade e da integralidade, pois entendi que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção da saúde, de seu bem-estar e de sua potencialidade, enquanto ser humano em ser mais. Infelizmente existem muitas lacunas para uma atenção integral, pois Zeta precisava de casa, emprego, educação, segurança e dignidade para ser feliz e ter saúde. O serviço público ainda não está organizado para atender todas as demandas de direito constitucional das mulheres (do ser humano). Como exemplo, pode-se citar: Zeta precisava de medicação para completar o tratamento de infecção urinária e teve dificuldade de acesso a esse tratamento, não teve seus direitos reprodutivos respeitados (teve aborto provocado e gravidez indesejada).

A situação de falta de condições dignas de vida para si e sua família, a gravidez indesejada, os conflitos de relação conjugal a deixavam triste, deprimida e desanimada, então mobilizei a ação interdisciplinar a que tinha acesso. Dessa forma, ela recebeu a atenção psicológica e do serviço social, que em conjunto providenciamos a documentação e os trâmites para o processo de laqueadura (que era de seu desejo), bem como um enxovalzinho para o bebê. Durante todo o processo a estimulei e valorizei o seu comportamento, sua postura e sua capacidade, não só em parir, mas em cuidar, em produzir, em mudar sua história. As dores das contrações eram fortes, mas não representavam nada diante de seu drama familiar.

Zeta referiu no diálogo vivido, na forma de desabafo, que sofria violência doméstica e sexual por parte do marido, mas que há 5 anos isso não acontecia mais, no entanto ele usava de sua condição doentia e a pressionava psicologicamente para que não se separasse dele, diminuindo-a e dizendo que ela não tinha condição de sustentar a família sozinha, que ela não prestava para nada. Neste ponto senti dificuldades em ajudá-la, pude apenas ouvi-la e apoiá-la para que tomasse a melhor decisão e depois desse diálogo, comentou:

*Foi bom ter conversado, desabafado com você, estou mais aliviada! (Zeta)*

Ao evoluir o trabalho de parto, Zeta discretamente manifestava os desconfortos, ficava inquieta, e referia:

*É uma dor agonioza, dá vontade de tudo, de correr, de pular, de dançar, de fugir. Depois passa... (Zeta)*

Xavier et al., (1999) referem que as mulheres apresentam comportamentos variados no trabalho de parto e têm a ideia de que parir é culturalmente associada à dor, ao sofrimento e à angústia.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “ser mais” no período expulsivo.	Agora é com você Zeta!	Zeta está no controle, ela sabe que pode parir do seu jeito.	Sou expectadora deste momento maravilhoso.	Dor, controlada - Bem centrada faz a força necessária para

		<p>Mantém-se serena, queixa-se da dor, se espremendo e empurrando conforme sentia seu corpo, confiando nos cuidados.</p>	<p>o bebê nascer. Acompanho o expulsivo fisiológico na conduta expectante. Sem laceração o bebê apresenta-se com uma circular de cordão cervical frouxa que é rebatida de imediato e desliza para fora, acolho-o na mão esquerda, amparando-o enquanto seco-lhe o corpinho e a secreção da boca e narinas, comunico à mãe que se solta aliviada.</p> <p>Necessidade de favorecer vínculo, resgatar a autoestima. Nasceu seu menino! Coloco-o sobre seu ventre, solicitando que o ampare, segurando sua cabecinha, enquanto laqueio o cordão umbilical. Zeta não fala nada, apenas olha o bebê, aliviada. O neonatologista</p>
--	--	--	---

				<p>o pega para avaliá-lo, já que é pequeno e questiona a idade gestacional. Explico-lhe que o bebê precisa ser secado e aquecido, mas que estava bem e que isso se via pelo seu choro vigoroso. Quando dizíamos: -Isso mesmo bebê, chore mesmo, reclame que aqui é frio, que nascer não é fácil, isso mesmo! Parabenizo-a salientando o quanto ela é forte e se saiu bem e que agora poderá descansar e relaxar! Aviso também que não houve corte e peço permissão para avaliar e vejo que não houve laceração, mas que poderia sentir ardência ao urinar e ao fazer a higiene, principalmente</p>
--	--	--	--	--

**Quadro 11:** O diálogo vivido no período expulsivo do processo de parir de Zeta.

Zeta era experiente, os 3 partos anteriores, as orientações e o apoio proporcionados fazem-na passar pelo período de dilatação e expulsivo com tranquilidade. Referia desconforto, mas sem perder o controle, respirava profundamente, prendia o ar no pulmão e realizava a força necessária. Logo, deslizando sem nenhuma dificuldade, desvencilhou da circular de cordão cervical frouxa e nasceu o pequeno bebê.

Zeta olhou o bebê e relaxou na mesa aliviada, isto é, percebeu a sua missão de parir cumprida. A alegria de receber o bebê é reservada e se mistura com a preocupação de sua criação. Havia a suspeita de que fosse um bebê prematuro, pois o volume uterino era pequeno, a data da última menstruação era questionável, o pré-natal foi inadequado e a ultrassonografia tardia não era fidedigna. No entanto, logo após avaliação do pediatra, recebemos a boa notícia de que se tratava de um bebê a termo, mas pequeno para a idade gestacional. Foi colocado em contato pele a pele com a mãe e já esboçou o reflexo da busca ou da voracidade.

Para a assistência ao recém-nascido normal que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de enxugar, de aquecer, de avaliar e de entregar à mãe para um contato íntimo e precoce (BRASIL, 2003).

E segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), os benefícios do contato pele a pele para a mãe e para o bebê são os seguintes: pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa; estimula o conhecimento entre ambos; favorece a colonização da pele do bebê por microorganismos maternos ao invés de hospitalares; estimula a sucção e aleitamento precoce.

Segundo a rede de saúde de mulheres latino americana e do Caribe: “o apego é uma união de carinho, amor que um bebê cria com sua mãe e seu pai. É um vínculo afetivo primário e privilegiado que os impulsiona a permanecer juntos” (CISTERNAS; ORTEGA; SANTANDER, 2007, p.78).

Vários estudos demonstram que o apego é uma urgência para o (a) recém-nascido (a), fundamental para a criança e uma necessidade para toda a vida. No caso de Zeta, que se apresentou desanimada, é essencial favorecer o contato precoce para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e prevenir a depressão pós-parto.

Ao nascer o bebê perde o envoltório amniótico e passa a ter novas sensações, agradáveis e desagradáveis, como a temperatura do ambiente. Com a amamentação ao seio, o bebê recupera e se aproxima do calor do corpo da mãe, do ninho aconchegante que se forma no colo materno e



Ihe propicia, além de uma “rememoração” do útero, uma fonte de estimulação dos órgãos sensitivos, o que é imprescindível para o desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem (FONTOURA, 2005).

Ficou no ar a preocupação de seu futuro, além das condições familiares para sustento e sobrevivência, mas Zeta não pensou em doar a criança. É seu filho e quer criá-lo. Sentiu-se também que não cogita essa hipótese, pois a criação deste filho Ihe serve como expiação pelo aborto que provocara outrora. Foi um expulsivo, sem laceração e rápido.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
O “ser mais”	Zeta se mostra tranqüila e interativa.	Passado mais essa prova, Zeta, sente-se bem, olha para mim e sorri como se dissesse: esse foi mais fácil!	Minha presença se volta no sentido de empoderá-la, valorizá-la como mulher.	Preocupada com sua integridade vaginal, cólicas - Explico-lhe que agora faltava ainda nascer à placenta. Curiosidade, carência Ela disse: é a primeira vez que eu vou ver uma placenta. A placenta desprende-se tipo Baldeoque Schultz, Então Ihe mostro explicando a parte fetal e a parte materna. E ela questiona: Por onde o nenê se alimenta e explico-lhe, pelo sangue da mãe que passa por aqui e é levado ao nenê pelo cordão umbilical alimentando e fazendo o nenê respirar lá dentro.

				Placenta pequena com um cotilédone partido - Analiso e percebo que ao aproximá-los está íntegro, mesmo assim decido enviá-la para análise anátomo patológica. Explico-lhe que sua placenta era pequena e que isso se deve ao fato dela ser tabagista.
--	--	--	--	---

**Quadro 12:** O diálogo vivido no período de dequitação do processo de parir de Zeta.

Nesse estágio ocorre a separação e expulsão da placenta (dequitação), na qual a hemorragia e a retenção de restos placentários são os principais riscos maternos (BRASIL, 2003). Como não havia nenhum fator predisponente como: gestação múltipla, polidrâmnio (quantidade aumentada de líquido amniótico), trabalho de parto complicado ou parto cesáreo, nem histórico de retenção placentária nos partos anteriores adotei a conduta expectante, ou seja, aguardei a evolução fisiológica da dequitação placentária. Assim, Zeta perguntou se estava tudo bem, pois ainda sentia cólica. Foi explicado que faltava a placenta sair e que esta cólica é importante para o útero expulsá-la e antes mesmo de 10 minutos do nascimento do bebê, a mesma era liberada. Apresentava uma placenta pequena e como Zeta manifestou o interesse em conhecê-la, explico-lhe as possíveis razões da placenta pequena.

*É a primeira vez que eu vejo a placenta! (Zeta)*

Zeta exclamou admirada e querendo participar dos cuidados. Pela primeira vez vejo-a mais animada e interagindo com mais disposição. Disse enfaticamente que era a primeira vez que via a placenta. Tal atitude fez ver o quanto um pequeno gesto, um pequeno cuidado pode significar, para ela mais atenção, fazendo-a se sentir centro do processo de cuidar. Muitas vezes, no processo de parir, seja no

período de dilatação, no expulsivo, dequitação ou Grenberg, os profissionais que assistem mantêm conversas paralelas, falando de problemas pessoais ou públicos, sem considerar a mulher que está ali, vivenciando aquele momento como único em sua vida.

Elementos da enfermagem humanística	DIÁLOGO VIVIDO			
	ENCONTRO	RELAÇÃO	PRESENÇA	CHAMADO RESPOSTA
Eu-nós e o “fazer com”. Nasceu um bebê a termo, mas pequeno para idade gestacional.	Período oportuno para abordar cuidados e se conhecer mais.	Surge abertura para conversarmos sobre o peso dos outros bebês e do por que deste ter apenas 1.950 gramas. Contou de seus problemas, que nessa gravidez só fumava e tomava café, sem casa, sem emprego, sem comida, e marido que não correspondi a às necessidades da família e ainda a tratava mal em certos momentos. Então sente que precisa dar um basta nisso! Avalia que	Mantenho uma postura de escuta ativa e aceno que a compreendo. Se sente bem melhor conversando sobre seus problemas.	Ansiedade, sofrimento emocional, depressão, risco de hipotonia e hemorragia - Reforço os cuidados e mostro seu útero durinho e na altura abaixo do umbigo, sangramento fisiológico, verifico os sinais vitais e vejo que está tudo normal. O bebê manifesta o reflexo da busca e conversamos sobre seu peso, se amamentou aos outros, se teve problemas e Zeta vai contando que teve boa experiência na amamentação, falou dos cuidados com um bebê pequeno e os riscos de hipoglicemia. Zeta me contou que está na expectativa de receber uma casa pela Coab, de ter um emprego numa locadora e que espera ter uma vida diferente, porque quer viver em paz. Ela gosta e tem curso de corte e costura e sonha em trabalhar nessa área. Desejo toda sorte, oriento sobre as fábricas que

		não viveu ainda e se sente acabada.		contratam costureira para que faça ficha e siga em frente com suas metas.
--	--	-------------------------------------	--	---

**Quadro 13:** O diálogo vivido no período de Greenberg de Zeta.

O período de Greenberg constitui risco materno para grandes hemorragias, nesta fase, portanto, devem considerar os seguintes cuidados: verificação constante da contração uterina, revisão do canal de parto e reparação das lesões, porventura existentes. Zeta não apresentou intercorrências neste período, o volume uterino era pequeno e a placenta também, porém o que surpreendeu foi a presença de uma área, entre os cotilédones apresentando coágulo, como se tivesse uma trombose. Verificado o estabelecimento do globo de segurança de Pinard (contratibilidade uterina) e o sangramento vaginal com mais atenção, então foi decidido enviar a placenta para exame anátomo- patológico.

Também, aproveitei esse período para realizar atividades de educação em saúde e abordando os temas relacionados ao puerpério como: higiene pessoal, loquiação, abstinência sexual, amamentação, exercícios físicos, alimentação, repouso, cuidados com o recém-nascido e outros que manifestou interesse.

## **6 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES E CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA**

Neste capítulo apresento as categorias primárias e evidencio uma discussão dos elementos que convergiram para “o desvelar” dos significados do processo de parir assistido por mim, na função de enfermeira obstétrica.

### O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES

#### O SER-PARTURIENTE E O DAR-SE A CONHECER NO SEU EXISTIR NO MUNDO VIVIDO

- O ser-mulher e a escolha em ser-mãe.
- O ser-mulher e o ser-mãe sem escolha.

#### O SER-PARTURIENTE RECONHECE NA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO

- A presença que respeita a feminilidade;
- A prática da enfermeira obstétrica é mais delicada;
- O saber compartilhado da enfermeira obstétrica transmite segurança;
- A enfermeira obstétrica permite a expressão da dor;
- A presença que deixa a dor mais fácil de suportar;
- O cuidado que proporciona bem-estar físico;
- O cuidado que proporciona bem-estar emocional;
- O cuidado que proporciona o estar melhor da mulher.

#### O SER-PARTURIENTE E OS MEDOS E CRENÇAS QUE PERMEIAM O PROCESSO DE PARIR.

- O ser-parturiente reprimida pelo medo de ser maltratada institucionalmente por experiência própria;
- O ser-parturiente reprimida pelo medo que provém do meio sócio-cultural da parturiente;
- O ser-parturiente reprimida pelo medo do processo de parir em si.

## AS SUGESTÕES DA PARTURIENTE PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA

- Acolhimento e agilidade na admissão;
- Ver outra parturiente desesperada, apavora.

## CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA à mulher no processo de parir

- As contribuições da enfermeira no contexto do estudo;
- Contribuições da enfermeira obstétrica no cuidado à parturiente;
- Contribuições da enfermeira obstétrica no percurso da teoria humanística aplicada à obstetrícia;
- Contribuições da enfermeira obstétrica para com os demais profissionais da equipe de saúde.

## 6.1 O PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: SIGNIFICADOS PARA AS PARTURIENTES.

### **6.1.1 O ser-parturiente e o dar-se a conhecer em seu existir no mundo vivido**

Nesta categoria procurei situar o ser no mundo e a busca do sentido da vida para os sujeitos significativos do estudo, vivenciado no processo de parir, onde identifiquei as seguintes subcategorias: o ser mulher e a escolha em ser mãe e o ser mulher e o ser mãe sem escolha.

Buber (1977) estabeleceu que na relação Eu-Tu cada um é tocado por algo além do nosso “*self*” e esse é o verdadeiro momento de encontro. As falas mostram que os sujeitos do estudo têm necessidade de envolvimento emocional, também no processo de parir, e ao sentirem abertura pelo profissional que cuida, o seu ser no mundo se desvela.

#### 6.1.1.1 O ser-mulher e a escolha em ser-mãe

Gravidez e parto como eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias representam mais que simples eventos biológicos, já

que são integrantes da importante transição do *status* de “mulher” para o de “mãe”. Embora o parto seja um processo fisiológico para todas as mulheres, em nenhuma sociedade é tratado de forma apenas fisiológica, pois é também um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Dessa forma, para Alfa, Beta, Epsilon, Eta, Delta, Theta, o existir está diretamente ligado à família e à maternidade. Nas falas dessas mulheres ficou evidente a expectativa alegre em ter o bebê, a dedicação ao filho, ao marido e ao lar. São mulheres lutadoras, trabalham em emprego formal ou doméstico com o objetivo de usufruir e dar conforto a seus entes queridos. Todas possuem companheiros presentes e comungam do mesmo objetivo, trazer sustento e dignidade à família.

As classes dominantes que reinventaram a maternidade como uma vocação exclusivamente feminina, estão em contradição absoluta com a dura realidade, pois muitas mulheres mesmo trabalhando, devem assumir a maternidade nas piores condições. A distância é imensa entre o ideal descrito e sonhado da mãe educadora, consagrada em tempo integral a suas crianças e a vida cotidiana das mães de origem modesta (SCAVONE, 2001). Assim, para todas as parturientes deste estudo a luta pela sobrevivência é uma constante, apenas duas possuem emprego formal, mas todas são donas de casa, cuidam dos filhos e as duas que trabalham fora contam com a ajuda de familiares para atender as crianças, enquanto estão em horário de expediente. Dessa forma, Alfa e Eta não tiveram condições de participar do grupo de gestante, devido o compromisso com seus respectivos serviços. Somente Beta participou do grupo de gestantes da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que a dificuldade de acesso e os afazeres domésticos são as justificativas para não terem participado dos encontros de gestantes.

O modelo tradicional de maternidade, na qual a mulher era tida como exclusivamente mãe de prole numerosa e sua transição para um modelo moderno de maternidade, na qual a mulher é também, entre outras possibilidades, mãe de prole reduzida e planejada, deu-se com a consolidação da sociedade industrial (SCAVONE, 2001).

*Eu acho que dois filhos, tá de bom tamanho! (Theta)*

*Eu sempre pensei em ter só um filho! (Beta)*

*Agora que tenho duas meninas e o menino, estou satisfeita, agora chega! (Delta)*

Para os sujeitos da pesquisa a prole reduzida e planejada é uma realidade, pois Alfa, Eta e Theta pensam em ter somente esses dois filhos e as duas primeiras referiram que os maridos farão vasectomia, Beta e Epsilon estão na primeira experiência e no momento dizem não quererem passar novamente pelo parto normal. Delta está feliz agora com seu filho homem que chegou após sete e nove anos de suas irmãs. Essas seis mulheres tiveram gravidez desejada, Eta, Epsilon e Theta planejaram ter essa gravidez neste momento e Alfa, Beta e Delta ficaram surpreendidas pela gestação vir nesse momento, mas desejavam tê-los.

As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX começaram a associar o trabalho fora de casa e a maternidade, instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, ou seja, a “dupla jornada de trabalho”. Assim, para Alfa e Eta, além das “obrigações” de mãe, a dupla-jornada fez parte e continuará fazendo, já que nesse momento estão em licença gestação, mas retornarão a trabalhar no emprego formal para complementar a renda familiar.

*Eu trabalho como balconista numa loja, no começo não foi fácil, tinha receio de chegar nas clientes, mas agora... é a gente precisa trabalhar para ter aquilo que a gente precisa, o que as crianças precisam! (Alfa)*

*Não tive como, porque daí eu trabalhei,...não podia, eu trabalhei até dia 30 de abril e fiquei só esse 23, 24 dias em casa e daí não pude participar das palestras, afinal, eu preciso desse emprego. (Eta)*

No entanto, convém registrar que a participação dos companheiros tem sido cada vez mais presente, colaborando com a mulher em seus afazeres e isso se comprova pelo comportamento dos maridos (de Eta, Epsilon, Theta, Delta), no acompanhamento do trabalho de parto, parto e cuidados com o bebê, agindo de maneira atenciosa, dividindo as responsabilidades.

Na fala de Alfa ficou evidente a sua admiração pela mãe, que lhe serve de exemplo como cuidadora da família. Alfa gostaria de tê-la ao seu lado, nesta hora, para lhe dar apoio.

*[...]Jeu queria que minha mãe estivesse me acompanhando, mas ela tem que cuidar dos netos e da casa. Mas, eu sei que*



*ela ficou rezando por mim. (Alfa)*

Da mesma forma, Epsilon, Theta, Eta, Delta e Beta também prezam muito pela família, valorizando a presença do esposo ao seu lado. Mas, para Beta que não tem o companheiro do lado, a presença amiga da tia deu o apoio necessário.

*Tinha hora que foi bom (ter o marido do lado), porque ele me convidava muito para eu andar...tinha hora que eu estava no meu limite, e ele me incentivou...não, vamos mais uma voltinha...eu acho que foi bom. É importante o casal estar unido neste momento! (Epsilon)*

Theta é outra mulher que valoriza a família, teve que aprender tudo, como cuidar do bebê, da casa, da família, sozinha e num lugar distante e com pessoas desconhecidas. Cercada de carinho e encorajamento do companheiro, seu existir no mundo é estar ao lado de quem ama e é amada. Sentia-se protegida e paparicada pelo companheiro, o qual era espontâneo e manifestava sua sensibilidade, dizendo que queria assistir o nascimento de seu filho e o máximo que podia lhe acontecer era chorar! E ela, sentiu-se orgulhosa do companheiro que tem..., o que deu para ver no brilho de seu olhar.

O existir de Eta no mundo é para se dedicar à família e ser feliz ao lado de seus entes queridos. Ela é muito trabalhadora e, junto ao esposo garantem condições dignas de vida ao filho mais velho e a esse que agora enche de alegria a vida da família.

A escolha reflexiva para aceitação ou não da maternidade (da paternidade, ou da parentalidade) constitui um elemento deste período de transição que representa a gestação, possibilitando às mulheres e aos homens que a decisão pela reprodução seja feita com base na experiência adquirida, sem medo, culpa, ou qualquer sentimento de não realização individual e/ou social. Evidentemente, esta escolha será tanto mais reflexiva quanto maior a possibilidade de acesso à informação, à cultura e ao conhecimento especializado.

*[...] demorei quase 7 anos para engravidar, mas, foi bem planejado, foi bem gostoso (saber que ia ter outro bebê). Antes mesmo de atrasar a menstruação eu fiz o teste de farmácia e deu positivo. Meu menino ficou feliz também... (Eta)*

*Nós já estávamos pensando em ter outro filho! (Theta).*

*Nos nossos planos, pensava em engravidar para ganhar em dezembro, mas foi um pouco antes, para abril, mesmo! (Alfa)*

*Nós já estamos casados há um ano, e achamos que já era hora de termos um filho. (Epsilon)*

Para Delta ser feliz é preciso pouco, basta ver que seus filhos estejam bem e ter seu marido ao lado, que logo ela sente-se protegida. Em sua simplicidade (sabe apenas escrever seu nome) sabe que como mãe desempenha um importante papel para manter a família unida e cuidada.

Beta é uma jovem inexperiente, mas que se lança em seu existir no mundo, na vivência do processo de parir de uma maneira muito intensa. Seu existir se vislumbra à frente, na construção de um futuro cheio de realizações: casamento, maternidade, continuar os estudos (está cursando o nível superior)...

#### 6.1.1.2 O ser-mulher e o ser mãe-sem escolha

O exemplo do que Santos (1997), encontrou em um estudo exploratório desenvolvido com mulheres da ilha de Florianópolis, acerca das representações do amor materno, o qual amor não é um sentimento essencialmente contingente que pode existir ou não, ser forte ou frágil, ser e desaparecer depende fundamentalmente da mãe, de sua história e do contexto histórico no qual está inserida. Neste estudo também percebi que para Gama e Zeta o sentimento de amor materno não está presente no momento do nascimento, mas para Zeta vai sendo conquistado, no entanto para Gama, sendo rejeitado.

A experiência da maternidade na sociedade brasileira está em processo de mudança, seguindo o padrão do tamanho de família vigente nas sociedades industriais avançadas (prole reduzida e maior reflexividade na escolha) ressaltando, porém, sua peculiaridade diante das profundas desigualdades sociais que vigoram no país (SCAVONE, 2001). As condições de desigualdade social em que vivem Gama, Zeta e Iota, não as permitiram escolher ou planejar o ser-mãe novamente, indo ao contrário ao padrão da família brasileira atual, Gama (22 anos) teve seu segundo filho, Zeta (26 anos) seu quarto filho, Iota (23 anos) seu sétimo filho.

*[...] tomava pílula e engravidei igual, eu não queria mais filho, mas daí aconteceu, eu continuava tomando e já tava grávida... Querida que acontecesse mas com uma pessoa que a gente vivesse bem...ou quando eu fosse mais velha... (Gama)*

A história de Zeta se assemelha muito com a de Gama, diferencia-se apenas porque já são 12 anos de união e 4 filhos, apenas a mais velha não vive com eles, está sendo criada pela avó materna. A família não tem residência própria e perambulam de casa em casa de parentes e amigos. Em seu existir no mundo, Zeta sente-se no limite, ainda tendo outro filho sem desejar.

*[...] (falando sobre a gravidez indesejada) daí eu pensei, vou tomar um monte de pílula, né? Para descer... Então pensei, não! Daí eu faço laqueadura! Porque eu tomei uma fez... quando eu tive um aborto aqui, porque eu tomei bastante pílula e daí eu tive hemorragia... (Zeta)*

Os sentimentos relacionados ao processo gravídico, vivenciados pela mulher, expressam preocupações futuras relacionadas às condições financeiras para o sustento de mais um membro na família. As mudanças ocorridas em consequência do nascimento do bebê fazem com que algumas das entrevistadas relatem dificuldades para a realização de planos futuros, como é o caso de Gama, que estava separada e ao descobrir-se grávida voltou para o companheiro, agora está novamente sem rumo.

*[...] como é que nós vamos continuar juntos se a gente só briga? Eu já me separei dele uma vez, mas descobri que tava grávida e me obriguei a voltar, agora não sei, vamos vê o que é que eu vou fazer... Eu vou ver se vou continuar com ele porque agora com duas crianças desse jeito, não dá! (Gama)*

Em seu existir no mundo, Gama resolveu deixar o bebê para adoção, pois quer trabalhar e criar sozinha a filha mais velha.

Gama e Zeta são mulheres que buscam o caminho para ser feliz em seu existir. Não sabem muito bem onde está a felicidade, mas sabem onde ela não está. Na verdade, não tiveram muita escolha, se fosse possível escolher não estariam nessa relação conjugal conflituosa, sofrendo violência física, sexual e psicológica e com 2 e 4 filhos.

A situação existencial de Zeta é crítica, ela sente-se no limite, precisando de ajuda para reconstruir a vida, está exposta a risco social.

*É eu tenho um problema muito sério,[...] tá difícil, mas vai mudar, eu vou mudar...esse ano eu vou dar um fim em tudo que tem na minha vida que não tá fácil, não dá, ou muda ou não muda nunca mais... porque eu estou acabada, estou me destruindo... não tenho nada! (Zeta).*

No caso de Iota e seu existir no mundo, vê-se uma mulher criada em um ambiente de poucas expectativas e reproduz essa realidade em sua vida. Iota tem 23 anos e 7 filhos, repete a “sina” da sua mãe e de sua sogra de grandes múltiparas. Está acomodada nesta realidade, lutando pela sobrevivência com escassez de recursos e sentindo a responsabilidade de criar e educar os filhos. Tem um sonho, ser professora, mas manifesta pouca expectativa em realizá-lo.

*[...] eu tirava o nenê do peito já pegava outra barriga. Espero que essa seja a última, porque não é fácil! (Iota)*

Engravidou amamentando e ao introduzir outros alimentos na dieta do bebê, sem acesso aos métodos anticoncepcionais eficientes, Iota aceitou seu destino em ter mais um filho. O serviço de saúde de seu município parece insensível ao seu drama, residindo no interior e distante da unidade de saúde, sem informação, com baixo grau de instrução, pensa em não engravidar novamente.

Conforme BRASIL (1997), a construção do pensamento científico na sociedade moderna, em especial na medicina, provocou distanciamento do profissional de saúde em relação ao cliente, visto que a interlocução passou a ter caráter secundário. Os aparatos tecnológicos passaram a ter prioridade em detrimento da relação interpessoal, provocando distanciamento do sofrimento humano e de sua realidade, mesmo sendo, no caso de Iota, moradora na área de abrangência de uma unidade de Estratégia Saúde da Família.

### **6.1.2 O ser-parturiente reconhece na enfermeira obstétrica um atendimento diferenciado**

O ser humano é um ser existencial e relacional, está ligado ao

mundo e aos outros seres; assim é coexistência. No processo de parir o ser-parturiente coexiste com o ser-enfermeira obstétrica, originando-se o nós-no-mundo mediante a interação das existências: o ser-no-mundo da enfermeira e o ser-no-mundo da parturiente compõem a coexistência. Desta forma, identifiquei que o nós-no-mundo no contexto do processo de parir deste estudo emergiram as seguintes subcategorias: a presença que respeita a feminilidade; a prática da enfermeira obstétrica é mais delicada; a presença que deixa a dor mais fácil de suportar; o cuidado que proporciona bem-estar físico; o cuidado que proporciona bem-estar emocional e o cuidado que proporciona o estar melhor da mulher.

#### 6.1.2.1 A presença que respeita a feminilidade.

Na opinião dos sujeitos significativos deste estudo, a enfermeira presta assistência sob a perspectiva das questões de gênero e poder na assistência obstétrica, pois identifica na enfermeira obstétrica mulher alguns estereótipos femininos, ou seja: são emotivas, charmosas, sensíveis e gentis (ÂNGULO-TUESTA et al., 2003). Enquanto que a expectativa relacionada ao obstetra é de que ele atue de forma independente, sejam dominantes, racionais, duros, insensíveis e autoconfiantes, características do estereótipo masculino.

A solidariedade expressa à visão sobre a natureza feminina do parto, considerando que no parto assistido por não-médicos do sexo feminino estabelece-se uma relação de identidade entre a profissional e a mulher, favorecendo um cuidado "solidário" (SCAVONE, 2001).

Assim, o cuidado proporcionado com privacidade, sem expor desnecessariamente a parturiente, fez com que ela se sentisse preservada em sua intimidade. Como um ser sexual, a mulher vivenciando o processo de parir não deixa de sentir pudor e quer preservar ao máximo a exposição de sua genitália. Assim, percebi que para Alfa, Beta, Gama e Epsilon, foi primordial mantê-las com suas próprias vestimentas o máximo de tempo possível, durante o trabalho de parto, pois isso representava o seu "bem-estar". Então, mesmo após o banho de aspersão, elas quiseram colocar o vestuário habitual para deambular e fazer os exercícios propostos mais à vontade.

A roupa hospitalar expõe as partes do corpo, deixando à mostra nádegas, causando constrangimentos à parturiente, que nunca se viu nessa situação. Embora o comportamento de lutar para "esconder seu pudor" e de colaborar com os profissionais seja esperada para essa

mulher, compete aos profissionais que a atendem na relação empática, perceber seu constrangimento, considerar a parturiente em pleno exercício de sua sexualidade e prever a escolha da vestimenta que ela deseje na fase de pré-parto.

*Eu acho da minha parte, eu não sei, não tenho preconceito com os homens, mas eu já sou mais da parte das mulheres. A enfermeira mulher leva bem mais jeito, do que homem. Homem ele olha, te olha de novo, daí olha, aí ele pensa de novo. Às vezes ele olha a gente de novo no corredor, aí é complicado. Eu prefiro mulher. (Delta)*

*A gente vê que é melhor! Se sente mais a vontade, porque com aquele rapaz eu não ia deixar ele colocar a mão em mim! (Gama)*

*Eu me senti muito à vontade com você aqui na maternidade. (Epsilon)*

Ao estar com a parturiente, deixá-la à vontade, aquecida e acomodada no leito, transmitiu nas palavras de Iota, Gama, Alfa, identificação com o cuidado feminino.

*Foi bom ganhar aqui, vocês são carinhosas. (Iota)*

*Nossa imagina, eu fui bem atendida, não tinha nem roupa! (Gama)*

*Da outra vez eu não tive uma enfermeira, assim, um amor comigo! (Alfa)*

As práticas de cuidado sempre estiveram associadas ao feminino. Aproveitando a expressão de Capalbo (1994), para reforçar o pensamento de que uma das finalidades da enfermagem é cuidar do outro, o que implica na coexistência e na participação; o oposto é um cuidar que vem a ser “manipulação e dominação”. Assim, no processo de cuidar, as parturientes identificaram em mim a profissional que respeitou o jeito de ser de cada uma, seu pudor, sua vontade de permanecer com a roupa pessoal, deixando-as mais à vontade por entender o que estavam sentindo. E bastava um olhar para perceber se ela queria que o marido estivesse presente durante o exame de toque ou não e se estava aprovando aquele ambiente ou não, assim providenciava

que a cortina da janela fosse fechada (o vitrô é espelhado de modo que não há visão de fora para dentro).

#### 6.1.2.2 A prática da enfermeira obstétrica é mais delicada

De modo geral, as enfermeiras atendem o parto respeitando-o como um processo fisiológico, ou seja, assistindo-o com pouca ou nenhuma intervenção. O bem-estar físico e emocional da parturiente é considerado pela enfermeira e esse cuidado é reconhecido pelas mesmas, diferenciando a prática delicada da enfermeira com a de outros profissionais.

A pressa, a falta de cuidado ao fazer que a mulher participe, leva ao sofrimento algo muito diferente da dor. O sofrimento é sentido quando a mulher se sente só, abandonada, desprotegida e humilhada (REICHARD, 2007). Assim, a enfermeira obstétrica, por ter maior disponibilidade de tempo junto à clientela e se colocar presente no cuidado da parturiente, estabelece uma relação empática, sem pressa, mesmo que ela precise se ausentar fisicamente, a mesma se sente cuidada.

Os resultados de um estudo realizado para compreender as expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro apontaram que a atenção oferecida pela equipe durante o trabalho de parto é importante fator na satisfação da mulher com o atendimento recebido. O que reforça a necessidade de acolhimento adequado, pois quando um membro da equipe de saúde faz um vínculo com a parturiente, mesmo que esse profissional não permaneça com ela durante todo o tempo, ela se sente acolhida e cuidada. O referido estudo revelou que a presença de um profissional (geralmente de enfermagem) atencioso durante o trabalho de parto está associada à ausência de complicações com a mulher ou com o bebê e foi apontado como motivo para satisfação em relação à assistência ao parto anterior (BRÜGGEMANN, 2005).

No estudo de Alves e Silva (2000), constataram que para as mulheres pesquisadas, os profissionais raramente se identificavam ou as tratavam pelo nome e as avaliavam de tempo em tempo, o que lhes dava a sensação de abandono. Referem também que sofriam violência por parte da equipe, de maneira verbal ou física na execução de toques vaginais demorados e dolorosos, ou em outras intervenções ao serem submetidas sem receber a devida orientação ou preparo para o que iria

acontecer.

*[...] porque ele (o obstetra) foi bem grosso, ele chegou e fez aquele toque muito doído...doeu muito aquilo...(acesso de choro)...você fez o exame com tanto cuidado e ele foi estúpido...silêncio...choro... eu tava com medo dele! (Eta).*

*[...] eu mesma tive (um toque) com o médico e um contigo, e foi uma diferença bem grande... o tratamento assim é mais delicado. (Epsilon)*

Na fala de Iota, ao se referir à educação no tratamento que dispensam a ela, está o reconhecimento de uma mulher simples, que não é acostumada a ser ouvida e respeitada, e demonstra a sua satisfação com o cuidado recebido.

*Lá ... eu não fui bem tratada, não me deram comida, fiquei das 5 às 11 h sem nada,[...] queria me mandar embora, até que me mandaram pra cá. Aqui vocês são educadas. (Iota)*

O grande desafio à frente é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do processo de parir em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família. Por isso, este fazer deve ser impregnado de cuidado, de delicadeza. A enfermeira obstétrica tem sido seduzida a incorporar uma nova abordagem humanista na assistência, que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional, rompendo com o modelo de assistência que fragmenta os cuidados e parcela as tarefas (características do sistema tradicional de atenção).

### 6.1.2.3 O saber compartilhado da enfermeira obstétrica transmite segurança

No diálogo vivido, a relação aconteceu quando eu respondi a alguém que precisava de ajuda. Neste contexto, o ato de enfermagem é sempre uma transação intersubjetiva, é o fazer-com o outro e que também significa estar-com. Só os seres humanos podem dialogar com a realidade, podem estar-com e fazer-com os outros, porque só eles são capazes de distinguir-se dos objetos e de outras pessoas (PATERSON;



ZDERAD, 1979).

Nesse aspecto, o fazer-com e o estar-com, na relação parturiente x enfermeira obstétrica, proporciona alento, amparo, se puder ter o acompanhante de sua escolha, mais segurança sentirá, porém não dispensa a presença da profissional, que com o seu saber, poderá fortalecer a capacidade de parir com a tranquilidade de uma evolução segura.

Catafesta et al. (2008) identificaram em seu estudo, que a vivência do processo de parir é envolto pela dor e considerado como um período difícil, sendo medido pelo tempo transcorrido entre a chegada na maternidade e o tempo de internação no pré-parto, referenciando dessa forma, o bebê como significado do parto, ou seja, quanto mais tempo mais difícil. No entanto, pode-se inferir que há falta de orientação para as gestantes com relação ao parto, pois se percebe que as mesmas não sabem diferenciar a fase latente da fase ativa do trabalho de parto. Para muitas o início do parto ocorre concomitantemente com o início das contrações. A resposta para a dor no trabalho de parto depende de cada mulher e, principalmente, de experiências de gestações anteriores. No caso das primíparas, este limiar vai depender das orientações repassadas durante o pré-natal (FIGUEREDO et al., 2004). Dessa forma, afere-se ao pré-natal a ineficiência em relação ao papel educativo sobre o processo de parir, quando se dirigir à maternidade e a identificar os sinais de seu corpo. Os sujeitos significativos deste estudo tinham dúvidas sobre sinais da gestação, como por exemplo: o que era a linha nigra, desconhecimento do trabalho de parto como um período longo, qual a função da placenta, o direito ao acompanhante durante o processo de parir, que ao sinal de ardência urinária deveria procurar o serviço de saúde etc.

Para muitas mulheres a duração da fase latente do trabalho de parto é superior a 20 horas e é importante detectar os sinais de alerta para que a gestante procure a maternidade como: perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos e diminuição dos movimentos fetais (BRASIL, 2003).

Assim, os sujeitos significativos deste estudo referiram apreensão de informações fornecidas durante a assistência, manifestando muita curiosidade e desejo em saber mais...

*[...] eu tava preparada porque sabia..., eu já tive um, mas eu queria que nascesse logo, mas como você falou... precisava de todas essas contrações para ele ficar na posição e massagear o canal para daí nascer! (Eta)*

*[...] porque eu já há tanto tempo com dor e dor... mas é que nem você falou... nós viemos muito cedo e tem mulheres que demora mais e tem mulheres que o colo dilata mais rápido. Nada mais que normal. (Epsilon)*

*Agora as contrações estão mais seguidas, a cada 5 minutos e duram quase 1 minuto, já tá chegando a hora.(Alfa)*

*Eu fiquei impressionada assim, com o tamanho da placenta, aquela coisa, ela fica grudada ainda um pouco na parede? É que eu tive uma irmãzinha que ela tava com o cordão umbilical no pescoço e ela foi feito cesária e eu na hora logo pensei como que tava o cordão umbilical. Mas na hora daí eu vi que ela nasceu bem, que não teve nenhuma complicação e antes o coraçãozinho tava sendo escutado o tempo todo e tava tudo bem. (Beta)*

*De todos os partos, essa foi a primeira fez que eu vi a placenta, parece um fígado. (Zeta)*

Fisiologicamente, grande parte dos trabalhos de parto e nascimentos segue um padrão consistente, à medida que as contrações uterinas se intensificam, a cérvix esvai e dilata. Empurrado pelas contrações uterinas e pelos esforços dos puxos maternos, o feto desce o canal do parto, realizando os movimentos fundamentais. São fenômenos plásticos e mecânicos que ocorrem simultaneamente, como uma sinfonia para o nascimento; estes fenômenos podem perdurar por horas sem que haja qualquer problema (NEME, 2005). Dessa forma, o meu conhecimento científico como enfermeira obstétrica ao acompanhar a evolução e as condições fetais, explicando a fase em que se encontrava, representou tranquilidade à Epsilon e à Eta, que ao serem admitidas precocemente sentiam o tempo passar com mais lentidão.

#### 6.1.2.4 A enfermeira obstétrica permite a expressão da dor.

Segundo as parturientes, algumas manifestações podem controlar, outras não. Algo que se costuma ensinar às mulheres ao se aproximar o período expulsivo é que encher os pulmões inspirando pelo nariz, trancar e gritar para dentro ajudam a tornar a força mais eficiente,

também a não se cansar tanto, mas aquela que quiser gritar não tem problema, pode gritar, pode falar, pode gemer e essa abertura para a expressividade foi identificada pelas parturientes.

Neste momento o que comanda é o instinto de mamífero e as reações são muito individuais, porém, percebi que a presença e o apoio costumam deixar a parturiente mais tranquila.

Para Grigoski e Guilherm (2006), nos discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre o imaginário cultural da humanização ao parto e ao nascimento, estes querem a participação das mulheres no processo, porém vêem as parturientes como dependentes de sua assistência. A autonomia da parturiente está garantida somente enquanto ajudar, não sendo permitido opinar sobre seu parto, por isso ela silencia, não pode gritar, permanece isolada, seu corpo não lhe pertence, mesmo que falem, parece não serem ouvidas.

É preciso dar voz à mulher, ouvir o que dizem quando falam, pois a conhecendo, formam-se vínculos mais afetivos. Não se pode colocá-las dentro de um pressuposto único. Ver as diferentes realidade da vida das mulheres e ouvir suas diferentes vozes é respeitar a singularidade e a diversidade de experiências e interpretação social de cada uma.

*Se quiser dá pra controlar (o grito), porque o choro não vai resolver o problema, só que tem hora em que você não contém, que não dá para segurar o teu corpo na verdade, por mais que você tente, vem 'aquela' vontade de soltar aquilo para fora. Eu soltei e achei que ajudou. (Epsilon)*

*Há, é uma dor ruim, uma dor 'agonioza'... dá vontade de tudo...de pular, de dançar, de correr? Só que assim... se a gente tiver fôlego, como você ensinou, alivia... A enfermeira ajuda a gente a não sofrer tanto! (Zeta)*

*Eu tenho um problema muito sério em minha vida... (Zeta)*

*[...] me senti à vontade para gritar. Gritei quando eram bem fortes, assim, eu gritei bastante. Quando era menores as contrações, menos intensas eu só gemia bastante assim. Nossa senhora! Ai! ...não segurei nada. Eu até perguntei para tia: Eu gritei muito? Não, deu três gritos e, acabou-se (risos). Mas eu gritei forte demais? Ela disse assim: Ah, com a dor assim... você deu um grito mais forte, mas não que seja aquele grito exuberante, chato de escutar. Não, (o grito) foi para realmente ajudar. Não para, vamos dizer assim, chamar a atenção. Venham me acudir que eu estou passando mal. (Beta)*

*Ai... vem vindo outra dor... eu não agüento! Eu vou me matar! (Gama, antes de dar à luz)*

*[...] eu ainda não sei o que vou fazer, mas, continuar assim, brigando e com duas crianças, não dá! (Gama depois que deu à luz)*

Paim (1998), ao pesquisar as práticas e concepções sobre a gravidez e a maternidade de mulheres de grupos urbanos de baixa renda, em Porto Alegre, identificou dados referentes ao parto e pós-parto, inclusive, à dor de parto, que foi descrita como sensação incontrolável e apresentada como uma manifestação da natureza que independe da vontade da mulher. Aqui, identifiquei, que a expressividade na forma de grito e gemência, em relação à dor foram descritas como incontroláveis, tanto que a parturiente não teve noção da intensidade e frequência de seus gritos, perguntando depois para a tia se tinha gritado muito.

Quando as mulheres sentem-se confiantes e não observadas durante o trabalho de parto, é comum adotarem posições inclinadas para frente, ou seja, apoiadas nas mãos e nos joelhos, de quatro, pois ajuda a relaxar a musculatura e a reduzir a atividade de seu neocórtex, estimulando a liberação de hormônios que promovem contrações uterinas efetivas. Essa postura ajuda a lidar com a dor lombar, facilita a rotação do bebê no canal de parto e a descompressão da veia cava e da aorta. A postura de quatro permite à mulher isolar-se do mundo externo com mais facilidade. Então, ela pode até ousar a gritar ou fazer coisa que jamais faria em outras circunstâncias (ODENT, 2000).

#### 6.1.2.5 A presença que deixa a dor mais fácil de suportar

Para os sujeitos significativos do estudo a dor está relacionada ao processo fisiológico de parir e ao tempo de duração do trabalho de parto, sendo o tempo a referência para a percepção se o parto foi fácil ou difícil. Elas identificam a dor do trabalho de parto como a característica mais negativa em relação ao trabalho de parto, o que concordo com o pesquisado em vários estudos (CATAFESTA et al., 2008).

Para muitas mulheres, o parto é sinônimo de dor e de sofrimento e envolve uma necessidade de ajuda, de apoio e de confiança no profissional que lhe presta cuidados. O ato de cuidar deve ocorrer dentro

de uma relação interpessoal que englobe comportamento e sentimento, tais como: assistir, ajudar, estar ao lado, fazer com, desenvolvendo ações de enfermagem e mostrando empatia em relação às experiências da parturiente (GURGEL et al., 1997).

A relação interpessoal e a postura profissional de estar-com têm consonância com a prática de aconselhamento, cuja escuta ativa é o meio para se acolher e resgatar a integralidade da parturiente, percebendo-a como sujeito participante nas ações de saúde, ela associa complementarmente o ver e o tocar com o ouvir e o sentir (BRASIL, 1997).

*Foi mais fácil para ganhar (esse), porque esse foi mais leve, mas a dor foi forte igual..., o outro demorou mais um pouquinho decerto porque era parto seco. Bom foi ter uma pessoa assim, preparada para atender a gente! (Gama)*

*Eu sentia muita dor no pé da barriga, agora que eu sei que era pelo peso dele. Eu tava preparada porque sabia pelo que eu iria passar, mas tinha medo... porque eu já passei por uma, mas eu não sabia que seria tão difícil, tão demorado. Você ajudou bastante para eu conseguir relaxar! (Eta)*

*Há, eu queria ganhar logo, de acabar com tudo. Queria que nascesse logo, você ajudou bastante, pois dessa vez consegui me controlar melhor! (Zeta)*

*Senti mais dor nas costas..., não foi fácil porque essa demorou mais, e você foi muito gentil comigo! (Iota)*

*É uma dor que dá e passa, mas é preciso..., só que não é fácil e você foi muito legal comigo, segurando minha mão e me dando coragem! (Alfa)*

*Só no final que pegou para valer, e daí não estourava a bolsa pra nascer logo! Você com essa paciência e tranqüilidade me deixou calma. (Delta).*

*A contração é uma dor que não tem como descrever, é muito forte, mas também depois que nasce passa tudo como que por encanto. Eu me senti bem atendida! (Beta)*

*É uma dor que consome a gente por dentro..., não fosse por você e meu marido, seria muito mais difícil. (Theta)*

É necessário reduzir o máximo possível a ansiedade da mulher no trabalho de parto, a fim de que possa ser aliviada a tensão e o medo de elementos que interferem no processo natural do parto. Assim, a minha presença trouxe conforto para aquelas que temiam isolamento, abandono e maltrato, bem como deu segurança e apoio para aquelas que estavam preocupadas com o bebê e com dúvidas em relação à capacidade de parir.

No estudo referido anteriormente, por Paim (1998) apud Gualda (2002), para aquelas mulheres ficou a percepção de que os profissionais (enfermeiras e médicos) que prestam assistência a elas, enquanto parturientes, não compreendem que as dores que sentem e as forças são independentes de seu controle.

#### 6.1.2.6 O cuidado que proporciona bem-estar físico.

A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto, porém tanto a dor como a ansiedade e o aumento da secreção de cortisol podem afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterino. Então, logo que diagnosticado o trabalho de parto, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode trazer prejuízos à mãe e ao bebê. A dor pode ser aliviada com técnicas de relaxamento ou meios farmacológicos (BRASIL, 2003).

Segundo BRASIL (2001), a medicina baseada em evidência integra a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível, derivada da busca sistemática de informação é relevante na literatura médica. Algumas práticas no parto normal demonstram ser úteis a nível hospitalar e devem ser estimuladas, como: monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o processo de parir; oferecimento de líquido por via oral; respeito à escolha da mulher sobre o local do parto; apoio emocional pelos profissionais durante o processo de parir; respeito à escolha da mulher sobre o acompanhante; fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem; métodos não-invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento; monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo de posições não-supinas durante o trabalho de parto e monitoramento cuidadoso do mesmo, uso do partograma (BRASIL, 2001).

Dentre os procedimentos na assistência de enfermagem para alívio da dor e evolução do trabalho de parto prestado às parturientes, cita-se: massagem na região sacra e dorsal, ambiente confortável (privativo, arejado, com iluminação natural, tranquilo), banhos térmicos, exercícios na bola e outros. Esses cuidados, em geral, foram bem aceitos pelas parturientes, porém houve as que preferiram ficar “quietinhas”, sem se mexer, e as que se mantinham ativas.

Em relação aos cuidados proporcionados às parturientes, a maioria aprovou o relaxamento proporcionado pelas massagens lombares e posição ativa durante o trabalho de parto. Líquidos energéticos na forma de chá doce, sucos, água foram oferecidos por min, porém poucas aceitaram, referiram sentir náuseas e com medo de vomitar depois. A postura ativa, como na deambulação, por exemplo, foram adotadas por todas, porém ao chegar próximo ao período expulsivo a posição preferida foi decúbito lateral esquerdo para 4 parturientes, as outras 6 aceitaram bem e referiram conforto ao permanecerem sentadas na banqueta, apoiadas pelos braços do companheiro ou da enfermeira. Os exercícios na bola foram realizados por 5 parturientes. O local escolhido para parir foi a sala de pré-parto para 3 parturientes e a sala de parto para 6 delas, a posição adotada foi a tradicional, ou seja, posição litotômica.

Mesmo ao estar no banho de aspersão a monitorização fetal era realizada, não havendo impedimento de fazê-la com a parturiente em pé ou sentada.

*As massagens nas costas foram muito boas e eu não queria que parasse. (Alfa)*

*Aliviou! Foi ótimo! (referindo-se às massagens relaxantes na região dorsal e cervical). (Zeta)*

*O banho e as massagens eu consegui, mas andar eu não consegui, mas esses cuidados me ajudaram muito. (Eta)*

*Ajuda..., aquele lá (as massagens), tipo relaxa o corpo pra não ficar tão apreensivo. (Epsilon)*

*Porque (caminhando, no banho, na bola) daí você disfarça... distrai..., porque se você ficar só numa posição, você não agüenta! Fica olha, olha..., tem que se distrair, você tem que pensar que aquela dor vai passar e ficar tudo beleza! (Epsilon)*

*Naquela hora eu preferi ficar bem quietinha, sentadinha onde estava, não andar, procurar ficar quietinha assim, ouvindo o corpo. Senti assim, várias vezes. Aí, eu me embalava, mas daí eu falava assim mas, tá na hora de vim a outra, e quando eu pensava, já vinha. (Beta)*

*Eu recomendo o banho bem quente nas costas. Naquele momento assim bem tenso... Nossa, quando você fala aí em bem-estar, nossa eu nem percebi ali que a bolsa estourou. E estourou ali bem na hora do chuveiro. (Beta)*

As técnicas alternativas de alívio à dor foram percebidas como restauradoras do ânimo e contribuíram para a evolução do trabalho de parto.

Alfa, Beta, Theta, Delta, Iota, Zeta, receberam cuidados como massagens lombares, estímulo e acompanhamento ao banho de aspersão prolongado, exercícios respiratórios, deambulação e de ampliação da pelve, que contribuíram para a brevidade do período expulsivo. Segundo o estudo de Caparroz (2003), o tempo de duração do trabalho de parto na fase ativa, ao receber cuidados solidários, como massagens, relaxamento proporcionado por banhos, reduziu significativamente comparado ao atendimento tradicional.

Para Odent (2002), a formação em obstetrícia confere à enfermeira habilidades e competências que a possibilitam a ter uma visão integral, cuidando do que é fundamental, ou seja, da temperatura da sala, a luminosidade e o silêncio para que cada mulher sinta-se livre e à vontade para mudar de posição. Oferecendo água, suco de frutas, mel e açúcar, provém às parturientes de fluidos e calorias de que necessitam durante o duro trabalho de parto. É fácil o bastante ensinar a outras pessoas como seguir esses passos da rotina, contudo, auxiliar uma mulher em trabalho de parto envolve mais que essas simples tarefas, é preciso uma atitude de empatia, intuição e inspiração.

#### 6.1.2.7 O cuidado que proporciona bem-estar emocional

O parto torna-se um momento imprevisível e desconhecido para a mulher, considerando que cada parto independentemente se a mulher já tenha passado por outros, são episódios de extrema importância e únicos em sua vida. Traz consigo expectativas, perspectivas, esperanças,



preocupações, medos, ansiedades e angústias. Precisa de assistência competente e humanizada. A mulher busca assistência capaz de garantir a sua integridade física e emocional, bem como a de seu filho (FREITAS et al., 2003).

A minha atuação de enfermeira ao perceber que o desespero, medo, dúvida tomavam espaço no existir da parturiente no processo de parir, já mobilizava estratégias para animá-la, ter esperança e confiar na proximidade de resolução, ou seja, do nascimento do bebê que era visto como acabamento daquele sofrimento. Para isso a relação deve ser empática, a percepção das necessidades da parturiente muitas vezes é subjetiva, é pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. E nesse movimento, nessa resposta que a enfermeira dá resposta ao chamado da parturiente, ela tem suas dúvidas esclarecidas, seu processo animando, sua confiança renovada e energia para seguir mais além, muito mais além, pois são mulheres que sonham. Sonham com os filhos bem de saúde, a família com conforto, com uma profissão que as realize, com um casamento feliz, com casa própria, com emprego, com autonomia na vida, com viver em paz...

*Chega uma hora em que você (pensa em desistir) ... daí vem você e põe uma coisa na cabeça... vamos, porque vai nascer... chega uma hora que você não quer mais... daí dá aquele ânimo..., que vai nascer..., então vamos! (Epsilon)*

*[...] da outra vez, eu não tive uma enfermeira, assim 'um amor' aqui comigo... me apoiando e animando... Aquela hora em que eu agarrei firme a tua mão e disse que tava com muito medo! Você foi muito legal comigo me dando confiança! (Alfa)*

*A mão de uma pessoa, acho que é mil vezes melhor do que aqueles ferros. (Beta)*

*[...] o carinho com as pessoas... vocês são muito gentis e educadas... espero que continuem assim, tratando bem as pessoas. (Iota)*

*O teu trabalho foi bem feito, porque nessa profissão o importante é isso que o que tem que fazer seja bem feito, eu me senti bem cuidada! (Epsilon)*

*A enfermeira é quem ajuda, se a gente não souber como fazer a força, a gente sofre mais! Ela ajuda, assim prá gente não sofrer tanto, é ela que ajuda bastante! (Zeta)*

*Foi muito bom ter conversado com você..., estou me sentindo bem melhor, mais aliviada. (Zeta)*

A comunicação, enquanto forma de interação enfermeira-cliente na prática humanística, se refere ao cuidar da mulher em sua totalidade e de forma personalizada. Na instância da assistência de enfermagem é necessário levar em conta sentimentos e experiências, relacionados à gravidez e à parturição, de forma que o parto seja apresentado como um acontecimento simples, natural, agradável, benévolo e verdadeiramente benigno. O ouvir atentamente sem julgamentos, o necessário respeito às várias necessidades articulando a empatia, paciência, disponibilidade, presença, autenticidade, confiança, diálogo, preservação da individualidade do outro e troca de experiências fazem-se necessárias, a fim de que o cuidado possa transcender ao meramente fisiológico e abranger aspectos das várias dimensões do ser (RADÜNZ, 1999).

Em estudo realizado por Rodrigues (2002), percebi que o suporte emocional e as informações proporcionadas pela enfermeira à mulher durante o trabalho de parto e o parto reduziam o medo, a ansiedade e o sofrimento, proporcionando a aquisição de autoconfiança, resposta comportamental adaptativa relevante para a evolução do trabalho de parto e para a eclosão de um parto com tranquilidade.

Tendo uma postura pouco intervencionista - no fazer nada, respeita-se o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos, o fazer nada, quer dizer também criar condições que permitam à mulher sentir-se segura e confiante, ter paciência, estar junto, acolher, permitir que a parturiente possa viver o prazer e a dor, segundo a sua singularidade (JONES, 2004).

#### 6.1.2.8 O cuidado que proporciona o ser mais da mulher

Os sujeitos significativos deste estudo relataram a preferência pelo parto vaginal, mesmo que após afirmassem não desejar mais repetir essa experiência. Foi unânime a constatação e manifestação do conforto e alívio sentido após o nascimento do bebê. Essas vantagens foram clarificadas durante os cuidados oferecidos e foram referidas por Alfa, Beta, Epsilon, Delta, Iota dizendo que o parto normal era bem melhor, sofria antes, mas depois estavam dispostas para cuidar do bebê. Gama

ficou em dúvida, dizendo que na hora das contrações fortes lhe parecia que o melhor seria a cesárea, mas depois do nascimento, com certeza, o melhor fora o parto normal.

Os aspectos subjetivos e emotivos devem ser percebidos e a enfermeira deve estar sensível e aberta para promover cuidados que estimulem o vínculo, que tranquilizem, que preparem para que o encontro entre mãe e filho/a seja o mais natural possível, o que é difícil no ambiente hospitalar, mas pequenas atitudes fazem a diferença.

*[...] foi bem bom (ter tocado a cabecinha quando estava nascendo). Apesar do medo de machucar a moleirinha dela, foi uma sensação boa do parto que eu vou lembrar sempre! (Beta)*

*Tá louco! Depois que eu ganhasse eu pensava que eu ia capotar, no fim não, já peguei o nenê no colo..., ali mesmo sujinha, nem parecia que eu tinha passado por tudo aquilo de tão disposta que eu tava. (Epsilon)*

*Foi uma alegria muito grande...porque tudo justifica...depois que você vê o neném... é uma alegria muito grande..., e passa num piscar de olhos, pronto nasceu! (Epsilon)*

*Olha, as contrações não são boas, mas o nascimento assim eu acho que é merecido. É um prêmio que a gente tem, a gente sabe que a gente tem que passar? Mas a recompensa está aí! (Beta)*

*Nossa Senhora, que grandão, pensei que não ia ser tanto! Haãmm, mas eu nem acredito que você está aqui (se referindo ao bebê), meu amor, judiou da mamãe, mas a mamãe conseguiu! A mamãe é forte, né! (Alfa)*

*Foi muito sofrido...nossa! Desde manhã eu tava com aquelas dores...mas valeu a pena! Eu sei que eu sou muito forte, senão não teria conseguido! (Eta)*

*[...] agora eu vou dar um jeito em tudo o que está de errado em minha vida, vou fazer a laqueadura, fazer isso... e aquilo... (Zeta)*

*Do jeito que a gente tá vivendo não dá mais pra continuar, eu vou ver o que é que eu vou fazer..., mas ficar assim não dá! (Gama)*

*É, agora não (não quer mais ter filho), por isso que eu quero tomar a injeção, nem que eu compre, agora eu tenho que encontrar...porque não é fácil... (Iota)*

Com Zeta, Gama e Iota o desejo de mudar, de “parar” de procriar representa para elas a possibilidade de ser mais e assim começar uma vida nova, lutar para melhorar a sua condição de vida. Para Alfa, Beta, Delta, Epsilon, Eta, Theta o “ser mais” esta se realizando na maternidade, vivenciando de maneira intensa o nascimento.

O sofrimento explicitado nas falas de Eta, Alfa, Epsilon..., foi dando lugar a uma sensação de felicidade plena pelo nascimento do filho. Esse aspecto é corroborado por Zugaib, Tedesco e Quavle (1997), porque o parto é um dos momentos mais fundamentais da vida da mulher, momento de crise, portanto de crescimento emocional, psicológico e espiritual, quando a mulher que se torna mãe, torna-se também diferente e nunca mais voltará a ser igual ao que era.

O depoimento de Epsilon transcende ao meramente biológico, demonstrando o aspecto fascinante do parto e o estabelecimento de uma relação transcendental entre mãe e filha.

*[...] é um ser vivo que está vindo, é uma pessoa que está vindo, é uma vida que você está gerando, e se você for pensar por um lado (o parto) é difícil, por outro não é! (Epsilon)*

Ser coadjuvante na cena do parto e nascimento é um privilégio muito grande, todavia, eu, como enfermeira obstétrica e mulher, compartilhando com as elas a alegria de conquistar essa vitória, elas em pôr o filho no mundo e perceberem do quanto são capazes; e eu, em acreditar na capacidade delas e com o meu saber e o meu sentir, não intervir desnecessariamente neste processo que é da natureza feminina.

Uma boa orientação, respeitando a singularidade e o existir no mundo do indivíduo, devidamente contextualizada ao cuidado e embasada em uma relação de confiança entre enfermeira-parturiente, poderá repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestados pela mulher, mas também culminar no “ser mais” da puérpera em seu papel.

### 6.1.3 O ser-parturiente e os medos e crenças que permeiam o processo de parir

Independentemente seja médico obstetra ou enfermeira obstétrica que assista a mulher durante o processo de parir, parece que o medo é um sentimento que está sempre presente, não importando quantas vezes tenha parido anteriormente e sendo reforçada e lembrada pelas vivências negativas pessoais e de familiares e conhecidas (OLIVEIRA, ZAMPIERI E BRÜGGEMANN, 2001). No entanto, os resultados apontam que a atuação apoiadora, presente e empática da enfermeira obstétrica favoreceram a vivência do processo de parir de maneira mais positiva e prazerosa das parturientes deste trabalho.

#### 6.1.3.1 O ser-parturiente reprimida pelo medo de ser maltratada institucionalmente por experiência própria.

Ficou evidenciado nas falas de Alfa, Iota, Zeta e Gama, que no processo de parir anterior e nas falas de outras mulheres, situações que configuram a violência institucional

Essas corroboram com o achado no estudo de Bezerra e Cardoso (2006), que identificou que o medo de parir provém de fatores culturais, na qual, aquele que provém da instituição constitui o imaginário daquelas mulheres pesquisadas.

A preocupação da gestante apontada na literatura se refere à sua reação e comportamento que frente à dor do trabalho de parto, temem perder o controle e serem punidas pelos profissionais frente ao “mau comportamento”.

*[...] quando eu tive o..., não era assim..., fiquei sozinha, vinha uma enfermeira estúpida, que dizia pra mim não gritar e fazer escândalo porque ia demorar e era assim mesmo!...eu lembro que eu andava pra lá e pra cá, eu entrei uma hora e daí às 3 horas eu apertei a campainha e não lembro o nome da enfermeira que veio, e ela fez toque às 3 horas da manhã e ela foi bem grossa e estúpida comigo e me disse assim que meu nenê ia nascer lá por perto de meio dia uma hora da tarde e Deus o livre se eu ficasse chamando toda hora... vai deixar a gente louca! Bem desse jeito ela falou pra mim, porque isso é assim mesmo, tem que suportar as dores e não sei o que...ah, meu Deus! (Alfa).*

*[...] é, no primeiro eu não sabia como ia ser, aí sentia as dores e ficava quieta, porque lá, no hospital X, tinha outra mulher que tava gritando e eles amarraram ela na cama, depois veio o Dr ... e me disse: viu, é só você não gritar, daí nós não vamos te amarrar! Aí eu fiquei quieta... (Iota)*

Além do temor inerente ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá uma vez que suas experiências próprias ou de outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante, por parte dos profissionais (CARON; SILVA, 2002).

*Lá em ... parece que eles têm nojo da gente! (Gama).*

No estudo de Bezerra e Cardoso (2006), salientam que a institucionalização do parto, com seu aparato técnico, com as normas e rotinas hospitalares e a não participação da família no ambiente hospitalar são fatores que exacerbam o medo do desconhecido. Da mesma forma temem a assistência devido à experiência negativa de outras mulheres que referem a indiferença e o abandono por parte dos profissionais cuidadores.

Na verdade, o comportamento temeroso do parto, exacerbando o sentimento de sofrimento é um reflexo da forma como as mulheres foram socializadas/educadas, ou seja, num modelo que considera a mulher como uma máquina defeituosa de forma que ao adentrar no hospital para ter seu bebê, a fisiologia do parto se altera, porque a tiram de seu domínio e de seu contexto (BRASIL, 2008). Esse desempoderamento da mulher pela institucionalização do parto ficou explícito quando Epsilon relatou que sua mãe teve 7 filhos, sendo que as três primeiras (3 meninas) foram de partos domiciliares, atendidas por parteiras e os quatro últimos foram partos no ambiente hospitalar e que sua mãe disse-lhe, ao telefone, que também com ela os partos hospitalares foram bem mais difíceis. Mas, mesmo tendo esse depoimento da mãe, Epsilon acreditava que o parto devesse ser no hospital porque era mais seguro.

*Ela me disse (se referindo à mãe que teve as três primeiras meninas de parto normal em casa e os três últimos meninos na maternidade) que é normal, porque ela teve meu irmão mais velho quando foi ter o primeiro piá no hospital ela também demorou, e que isso é normal, nem ligue, o meu também demorou, foi bem mais difícil... (Epsilon)*

### 6.1.3.2 O ser-parturiente reprimida pelo medo que provém do meio sócio-cultural da parturiente

As parturientes em suas falas referiram histórias trágicas de parto e de maltrato “de enfermeiras” na maternidade, contadas pelas próprias mães e familiares.

Bezerra e Cardoso (2006) também identificaram que o amedrontamento do parto pode sobrevir a partir de parentes e amigos, na qual as entrevistadas relataram história de acontecimentos assustadores percebidos das experiências de vizinhas e colegas, enfatizado como algo doloroso, assustador, um enfrentamento da morte.

*[...] o nenê tava sentado e precisava ser cesárea porque ela estava ficando roxa e forçaram igual, falaram que aconteceu aqui, é verdade?... então, se não pode ter normal, tem que ter na marra? (Gama)*

*[...] é tem gente que morre, não agüenta, e até morre, teve uma mulher lá de... que morreu, sabia? Ela tinha problema do coração... daí ela fez muita força e o médico abandonou ela, daí morreu, ela era parente da minha tia... (Gama)*

*[...] antes tempo morria muita mulher, porque tava em casa, e tinha muita infecção às vezes... (Epsilon)*

*Minha mãe disse: não vá gritar lá, porque as enfermeiras te judiam... (Alfa).*

*Daí todo mundo me assustava, que um filho não é igual ao outro, você vai ver que um parto é diferente do outro... ou nasce rápido ou você sofre mais, que num você sofre mais que no outro e não sei o que, daí eu dizia... eu nem dava bola, ah! Seja o que Deus quiser, se Deus fizer isso comigo na hora eu consigo. (Alfa)*

Dessa forma percebi que as mulheres traziam consigo uma significação do parto advindo do meio sócio-cultural no qual vivem. Assim, o medo está presente pelo fato do processo de parir ser um mergulho no escuro, um mistério fascinante e tremendo (NOGUEIRA, 2006).

O existir-no-mundo de Gama é permeado por crenças e valores do meio cultural no qual vive, também percebi claramente na abertura

para o diálogo a influência das histórias trágicas de mulheres no processo de parir repercutem em seus temores, com isso pude apreender que aquilo que você, enquanto profissional de saúde percebe na assistência nem sempre é o mesmo que a mulher percebe e reproduz em seu meio social, pois daquele fato trazido por Gama, de um bebê que nasceu de parto pélvico, sendo traumatizante para mãe e o bebê foi para mim, a na função de enfermeira um belo parto pélvico, sem intercorrências, atendido por um obstetra calmo e muito experiente.

Na oportunidade pude esclarecer a Gama que é possível o nascimento de bebê de “bundinha” e que existiam indicações para cesariana e que essa cirurgia representava um risco para a saúde da mulher, enquanto que o parto normal respeita a fisiologia e a natureza da mulher. Em diálogos, Gama manifestava espanto, curiosidade e interesse em saber mais, fazendo comentários e questionamentos.

*Nossa, tem perigo até de furar a bexiga, então? (Gama)*

No estudo de Bezerra e Cardoso (2006), sobre a interferência dos fatores culturais na experiência das mulheres no trabalho de parto e parto, emergiu as histórias de acontecimentos assustadores percebidos das experiências de vizinhas e colegas, enfatizando como algo doloroso, assustador, um enfrentamento da morte (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Os serviços de saúde só serão eficazes se levarem em conta os fatores sociais, econômicos, políticos, o imaginário social sobre o feminino e as relações de gênero, infelizmente pouco considerados na prática, desde a antiguidade até os dias atuais (BRASIL, 2003). E a enfermeira obstétrica pode atuar nisso!

### 6.1.3.3 O ser-parturiente reprimida pelo medo do processo de parir em si

As mulheres deste estudo, ao se aproximarem do processo de parir manifestaram angústias, pois o parto é simbolizado como um evento de riscos e dor física.

Pode-se afirmar que a falta de conhecimento e de informação contribuem para a exacerbação do medo, portanto, é reflexo da baixa escolaridade e de um modelo de saúde que não privilegia as ações educativas de saúde. Para a maioria dos sujeitos significativos do estudo, o pré-natal foi inadequado, captação tardia em 4 casos, a não



participação de atividades educativas/grupo de gestante em 100% dos casos, dificuldade de acesso em 4 casos, tratamento inadequado em 2 situações (hipertireoidismo não encaminhado para especialista e infecção do trato urinário não tratado e resultando em parto prematuro).

O estudo de Kruno e Bonilha (2002) entrevistando puérperas, em Porto Alegre, num Centro Obstétrico daquela cidade, sobre a preferência pela cesariana, identificou um nível surpreendente de desinformação e passividade por parte das mulheres ali admitidas.

No estudo de Rodrigues, Silva e Fernandes (2006), a experiência do nascimento foi acompanhada de medo, e, para a maioria das mulheres esse sentimento associou-se à dor do parto, a alguma complicação obstétrica que pudesse surgir, ou mesmo ao medo de perder o bebê.

O medo de acontecer algo de errado com o bebê, associado à dor da contração fez com que Epsilon e Eta buscassem atendimento na maternidade precocemente, ainda na fase latente do trabalho de parto.

*E também, sem saber se o nenê está vivo ou morto porque tanta dor? E no hospital daí não, você sabe que está bem, vocês estão vendo. (Epsilon)*

Para Gama, a reação diante das contrações e a iminência do expulsivo eram desesperadoras, pois além da dor, percebia-se o medo estampado em seu rosto.

*[...] porque eu tinha medo de morrer... (Gama)*

*[...] eu tava com muito medo assim, mas agora eu estou bem mais calma (Alfa).*

O medo também se mistura com a ansiedade, pois no diálogo vivido com Iota, a qual se deslocou ao hospital por três vezes e somente na quarta vez foi admitida para ganhar o bebê. A ansiedade e o medo se manifestavam nela pelo risco em ter o bebê em casa sozinha, mas vendo que se trata de uma grande múltipara (sétimo filho), jovem de 23 anos e saudável, era de se esperar que estivesse mais empoderada, no entanto o medo de parir estava presente e justamente por ter tantos partos, ela temia tê-lo tão facilmente e sozinha em casa, o que a fez correr para a maternidade a cada dor diferente que sentia, gastando os escassos recursos que dispunha. Ou seja, a consequência do processo de parir institucionalizado ficou evidente no comportamento desempoderado de

Iota.

Também para Eta, a ansiedade e o medo a fizeram vir sete vezes à maternidade, antes de efetivamente estar na fase ativa do trabalho de parto.

*[...] eu vim sete vezes, uma vez eu vim por causa de tonturas, mas nos últimos dias eu sentia... assim: dor nas costas, dor na barriga, eu achei que era...daí eu fiquei tensa por causa da data, porque era para dia primeiro a sete, né? Mas daí passou, porque eu pensava que tinha que nascer naqueles dias né, eu pensava... daí o enfermeiro me explicou ali pelo...pelooo...(disco),[...]* (Eta)

*Tinha medo, não relaxei..., porque eu sabia que era difícil...*  
(Eta)

Ao se aproximar o período expulsivo, o medo exacerbava-se ainda mais e, ao mesmo tempo em que percebia o ânimo e a esperança de logo ter o bebê e das dores passarem, também sentia e ouvia delas:

*Eu estou com muito medo!* (Alfa)

*Me ajude!* (Gama)

O ciclo vicioso de “medo-tensão-dor”, descrito por Grantly Dick-Read, no início do século passado, é acionado, produzindo a liberação da adrenalina, com todos os eventos adversos relacionados. Mulheres tratadas em hospitais, mesmo com gentileza, são atendidas sob o signo do medo. Quanto mais medo, mais tensão. Quanto mais tensa, mais dor sentirá, através de um processo automático de proteção. Quanto mais exposta à dor patológica (diferente da dor fisiológica do trabalho de parto) mais sentirá medo, e o processo todo se reativará novamente, no que se convencionou chamar do “ciclo vicioso medo-tensão-dor”, mediado pela adrenalina (BRASIL, 2008).

Conforme Diniz (2005), as práticas adotadas pelo modelo hospitalar no parto “típico”, no qual a mulher dá à luz sem a presença do acompanhante, como foi na primeira experiência de Alfa, informa ao inconsciente da parturiente que ela está doente, que não é capaz de se cuidar, de comandar o processo pelo qual o seu corpo está passando. E apesar de agora estar vivenciando de maneira diferente, ainda está dentro de um hospital, as lembranças e o trauma da experiência anterior a fazem reviver a experiência anterior e temer o momento do expulsivo.

Além do mais, Alfa, assim como todos os sujeitos significativos deste estudo foram socializadas no paradigma tecnocrático, sendo difícil romper com o comportamento de falta de confiança em si mesma, o medo da dor, ocultar os sentimentos de pudor, por isso facilmente delegam a responsabilidade de si aos profissionais de saúde; se anulam, não opinam sobre o lugar do parto porque o ambiente hospitalar lhes dá segurança, sentem que devem “colaborar” com o pessoal de saúde, sem reclamar ou exigir nada (DIBBITS, 2007).

### **6.1.4 As sugestões da parturiente para melhorar a assistência**

#### 6.1.4.1 Acolhimento e agilidade na admissão

Nesse sentido, para Beta, que chegou a fase adiantada do trabalho de parto, a esperou na admissão por ter outra gestante na frente, significou um desconforto maior, pois na presença de contrações fortes não tinha como estar à vontade aguardando a sua vez.

A parturiente vive seu tempo em referência ao que está sentindo, ou seja, às contrações, às preocupações, à solidão, à separação e à espera. O diálogo da enfermagem se desenvolveu no tempo cronológico, pois tanto a enfermeira como a parturiente vivem este momento sob o ponto de vista de seu próprio tempo interior (PARTERSON; ZDERAD, 1979). Dessa forma, Beta disse que como profissionais da saúde, devemos acolhê-la de forma carinhosa, respeitosa, mas acima de tudo com agilidade, pois foi muito desconfortável ficar 10 minutos aguardando o atendimento no setor de triagem para ser admitida na instituição. Vê-se que o tempo passa diferente para parturiente, porque ela percebe o tempo não passar quando está sentindo as contrações, e não estando num ambiente que lhe permita a expressão verbal e não verbal, a restrição de seus movimentos interferiu negativamente na sua vivência do processo de parir.

*Eu, eu pediria só, um pouquinho mais de atendimento na admissão. É, que você fica sentada lá na cadeira, ficou na falta. Demorou um pouco pra eu ser atendida. Só isso, mais nada a reclamar. É ruim esperar nessa hora em que você está tendo contração. É, a gente quer atendimento. Tá certo que a gente tem que entender o profissional que está atendendo os pacientes que chegaram antes que a gente. Mas*

*eu gostaria que melhorasse um pouquinho. Que tivesse pelo menos umas duas salas de admissão! (Beta)*

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciam de triagem, pois não se constitui como uma etapa no processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica em:

- Propagandismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;

- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário.

O acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e a rede social, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004b).

#### 6.1.4.2 Ver outra parturiente desesperada apavora

Outra situação vivenciada, que aponta o quanto interfere no processo de parir que vinha acontecendo tranquilamente, aconteceu com Epsilon.

Ela estava na sala de pré-parto, quando foi admitida outra parturiente, a qual chegou desesperada com as contrações e apavorada com medo do parto. Para Epsilon, essa situação representou terror, demonstrando que o ambiente interfere na condução do trabalho de parto humanizado. O ideal seria se tivesse um ambiente individual e privativo para a mulher permanecer no pré-parto, parto e puerpério, mas infelizmente o ambiente do pré-parto é coletivo, ou seja, para três parturientes. Paliativamente, pode-se destinar um quarto de internação vago para acomodar outra parturiente, porém fica mais difícil para uma

enfermeira sozinha acompanhar a evolução do trabalho de parto de duas ou três, quando estão distantes, além de nem sempre ser possível pela ocupação de leitos da maternidade. Dessa forma se percebe em quem está centrada a lógica da atenção à saúde: sobre as necessidades da parturiente ou às necessidades do profissional de saúde?

*[...] quando chegou aquela outra menina, chorando, aquilo me apavorou... eu pensava que...he, he... que ia ficar muito pior e que...também o nervosismo porque já há tanto tempo com dor e dor...daí apavorou... (Epsilon)*

Um ambiente tranqüilo, sem a influência de outras parturientes seria o ideal, porém em ambiente hospitalar isso é praticamente impossível. No entanto, sempre que possível deve-se proporcionar um ambiente privativo para a mesma, nem que para isso os cuidadores tenham que se deslocar, todavia é preciso considerar a realidade de cada local. Neste caso a demanda era grande e não havia condições de separá-las.

Na prática hospitalar deve-se ter a preocupação para criar um ambiente de tranquilidade e apoio, o mais próximo possível ao ambiente familiar e propiciar conforto físico e emocional para facilitar o contato íntimo entre mãe e criança, o mais precocemente possível. Para tanto, quando as enfermeiras assistem o parto, deixam a mulher livre para escolher se deseja ficar no pré-parto ou ter o seu bebê no Centro Obstétrico, na mesa e na posição tradicional, tanto que para Beta, Eta e Iota o nascimento aconteceu na sala de pré-parto e para Alfa, Gama, Delta, Epsilon, Zeta, Theta ocorreu na sala de parto, por escolha das mesmas. Segundo Zwart<sup>2</sup>: “Para os mamíferos, o natural é permanecer no ninho durante o parto – e não sair dele. Mas o ninho deve ser seguro. É preciso ter uma infra-estrutura que torne isso possível: água totalmente limpa, comida adequada, o suporte de uma parteira, do médico de família ou de uma enfermeira com formação voltada ao parto”.

Para Odent (2000), quando as mulheres sentem-se confiantes e são observadas durante o trabalho de parto, é comum adotarem posições inclinadas para frente, ou seja, apoiadas nas mãos e nos joelhos, de

<sup>2</sup> Zwart, em entrevista concedida à Folha de SP em 22/02/2007. Mary C. Zwart formou-se na Escola de Parteiras de Amsterdã em 1969, é parteira independente há trinta anos e assistiu mais de 4000 nascimentos até o momento, é docente e pesquisadora ligada ao movimento internacional de humanização do parto e do parto e do nascimento e atenção ao parto domiciliar.

quatro, pois ajuda a relaxar a musculatura e a reduzir a atividade de seu neocórtex, estimulando a liberação de hormônios que promovem contrações uterinas efetivas. Essa postura ajuda a lidar com a dor lombar, facilita a rotação do bebê no canal de parto e a descompressão da veia cava e da aorta. A postura de quatro permite à mulher isolar-se do mundo externo com mais facilidade. Para os sujeitos significativos desta pesquisa, a posição adotada para parir foi a tradicional e o som ambiente em baixo volume, com música orquestrada e de relaxamento (sons da natureza) fizeram parte do cuidado, sendo aprovado pelas mesmas.

*Me marcou a música que tocava a hora em que eu fui para a sala de parto, era o tema do Airton Sena, me fazendo também me sentir vitoriosa, ao dar à luz. (Theta)*

*o canto dos passarinhos deste CD, me fazem achar que eu estou em outro lugar, não aqui! (Alfa).*

Tendo uma postura pouco intervencionista - no fazer nada, respeita-se o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos, o fazer nada, quer dizer também criar condições que permitam à mulher sentir-se segura e confiante, ter paciência, estar junto, acolher, permitir que a parturiente possa viver o prazer e a dor, segundo a sua singularidade (JONES, 2004).

## 6.2 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA À MULHER NO PROCESSO DE PARIR

Neste capítulo apresentei as contribuições da enfermeira obstétrica no cuidado baseado na Teoria Humanística no processo de parir.

Ao me inserir como enfermeira obstétrica no processo de cuidar na prática assistencial à parturiente, e desenvolvendo este estudo enquanto investigadora ocorreu constante crescimento e envolvimento com a Pesquisa Convergente-Assistencial, trazendo contribuições para a enfermagem obstétrica pela percepção de um modelo teórico fenomenológico, que se adapta aos aspectos subjetivos da parturiente, essenciais para a melhoria da qualidade e satisfação da mulher que vivencia o processo de parir.

No processo de cuidar a partir do diálogo vivido proporcionado pelo encontro, relação, presença genuína e chamado resposta, percebi a parturiente como um ser singular em seu existir-no-mundo, de onde abstrai lições de vida, de amor e dedicação à família e de difíceis enfrentamentos para a sobrevivência das mesmas.

Por ser uma teoria baseada na relação intersubjetiva, não existe modelo pré- estabelecido a ser seguido. O processo de cuidar vai se constituindo quando se estabelece o encontro verdadeiro e a singularidade da parturiente vai se desvelando. Então, posso dizer que experimentei a relação intersubjetiva à medida que percebia as necessidades da parturiente, seus medos, sua dor e evolução do trabalho de parto, simplesmente por estar presente e ver pela expressão não verbal, pela intuição e sintonia o que ela queria dizer, quais suas expectativas em relação ao cuidado que gostaria de receber. E, ao perceber sua satisfação com o cuidado, alimentava também o meu “*self*”.

Nesta relação esta mulher se desvelava em vinculação às suas expectativas e preocupações em seu existir no mundo, o que por vezes a fazia sentir-se impotente, pois ela precisava de moradia, de emprego, de qualificação, acesso aos bens de saúde (como: anticoncepção segura, medicamentos, educação em saúde) dignidade para ter saúde e ser feliz, só podendo ajudar de maneira limitada.

A cada vivência compartilhada com a parturiente, a postura foi de escuta ativa e fiquei satisfeita ao perceber a naturalidade e a espontaneidade com que as mulheres falaram de suas experiências anteriores, de suas famílias, de suas realizações e de suas dificuldades. Então, pontuei os problemas identificados e as intervenções pertinentes (combinadas com ela), assim, solicitei apoio psicológico, interseção do serviço social, ajuda do grupo de apoio às mães (fornecimento de enxovalzinho), serviço de nutrição (rever dieta para a mulher que não comia carne de porco por convicção religiosa) e demais setores da maternidade.

A singularidade de cada parturiente era percebida por mim, diante da forma natural como algumas mulheres agiam diante do processo de parir, enquanto outras manifestavam sentimentos ambíguos, como medo e destemor; preocupação e alegria..., algumas aprendendo, outras ensinando e eu aprendendo sempre, compartilhando os saberes.

Neste processo apreendi que as parturientes escutam e absorvem conhecimentos até do olhar, desenvolvendo potencialidades inatas ou adormecidas. Elas não procuram o isolamento. Nesse momento sentem necessidade da presença amiga, calorosa, companheira e segura da

enfermeira obstétrica, além do companheiro de sua escolha. Elas, no processo de parir, devem ser protagonistas nessa vivência. Eu, enquanto enfermeira obstétrica e pesquisadora, percebi as necessidades das parturientes e as respondia, atendendo-as, isto é gratificante, muitas vezes trabalhoso, mas sempre gratificante. Foi difícil não sentir ansiedade diante da ansiedade, o medo, o desconforto, a dor, a insegurança da parturiente despreparada e desempoderada. E, nisso desgastei muito energia, porém, ao cuidar, confortar e assistir o parto e o nascimento com sucesso sentia-me revitalizada e muito feliz.

Apreendi o quanto a presença empática proporciona cuidados alternativos para oferecer conforto e “bem-estar” à parturiente, também para enviar energia positiva, pois em várias situações, quando realizava massagens lombares mentalizava e pedia ao poder altíssimo, que enviasse energia positiva para que nós vivenciássemos com plenitude, confiança e segurança aquele momento. O toque me permitia captar a energia da mulher e perceber a tensão em seu corpo e assim, pelo toque e palavras de encorajamento, proporcionei o relaxamento.

A experiência de cuidar, durante o processo de nascimento, no espaço familiar, significa uma possibilidade de cuidado diferenciado, resgatando a autonomia da mulher, enquanto parturiente e enfermeira, como protagonistas do cenário feminino no nascimento. A capacidade de cuidar pressupõe três condições interligadas: o saber-agir que prescinde dos conhecimentos, habilidades e dos recursos que o indivíduo dispõe; o poder-agir que depende do contexto organizacional, no qual ele evolui e é determinado; e, por fim, o querer-agir é testemunho do sentido que toma a ação para a pessoa, da imagem que ela tem de si, da confiança e do reconhecimento que experimenta (ODENT, 2000). Assim, como cuidadora sabia como agir de acordo com as diretrizes da humanização da assistência ao parto e nascimento; o poder agir foi permeado de “jogo de cintura”, pois o ambiente hospitalar e a cultura intervencionista dos profissionais que compõem a equipe de saúde interferiam o tempo todo no processo de cuidar e pesquisar e o querer agir era o meu objetivo.

### **6.2.1 As contribuições da enfermeira no contexto do estudo**

Entendendo o acolhimento como um momento crucial para se estabelecer o encontro genuíno entre a parturiente, a enfermeira obstétrica e o acompanhante, obtive das parturientes a percepção deste



momento como definidor de seu estado de espírito, deixando-as mais tranquilas ou ansiosas.

Beta sugeriu que no momento da admissão e na situação em que se encontrava (com contrações fortes), fosse agilizado esse atendimento, pois não suportava aguardar sentada na cadeira. Essa reivindicação vem ao encontro ao que está disposto no Programa do HUMANIZASUS (BRASIL, 2004a), no dispositivo acolhimento com classificação de risco e só reforça a necessidade de reorganização do processo de trabalho, pois não há condições de uma mesma enfermeira obstétrica atender sozinha a admissão da cliente (triagem obstétrica), o pré-parto, as mães e bebês em alojamento conjunto, Centro Cirúrgico/Obstétrico, Centro de Materiais e Esterilização e Banco de Leite humano. Beta ainda sugeriu que tivessem duas salas de admissão, pois no seu caso ela teve que aguardar por 10 minutos outra parturiente que havia chegado antes.

A partir da colocação de duas parturientes que falaram o quanto o ambiente interferia no conforto e confiança no processo de parir, pude reavaliar o meu compromisso enquanto pesquisadora para com elas, pois também já havia identificado que a ambiência e a organização do processo de trabalho apresentavam lacunas em relação à humanização da assistência. Considerando que a PCA implicava no compromisso de trazer benefícios ao contexto assistencial, no transcurso do processo investigativo, reencaminhei solicitação à direção para contratação de mais três enfermeiras para dividir os setores e dispor de profissional exclusiva para a admissão e o pré-parto, ou plantão presencial do obstetra, assumindo a admissão (triagem obstétrica). Essa situação me fez ver que há necessidade da equipe de enfermagem estar atenta, sensibilizada e incorporando o seu protagonismo para acontecer o acolhimento, pois ao constatar a presença de mais parturientes na sala de admissão, primeiro acolhê-la e acomodá-la na sala de pré-parto, depois realizar o exame obstétrico e providenciar os trâmites burocráticos.

Outro dispositivo do HUMANIZASUS aborda a questão da ambiência e o espaço físico da admissão é impróprio, pois é restrito, não há canalização de oxigênio ou ar comprimido, não há janela que permita a entrada de claridade natural e circulação de ar. Esse ambiente é inadequado para o atendimento humanizado, não há condições de acomodações dignas para a parturiente, o acompanhante e o profissional de saúde, para que possam realizar as abordagens com tranquilidade, privacidade, sem falar nas condições para atender casos de emergência e período expulso, que eventualmente ocorrem neste ambiente.

Existe um plano de remanejar a sala de admissão para o quarto 1,

que atualmente esbarra na necessidade de diminuição de leito, o que implica em questões legais, além de não haver consenso para essa mudança. Assim, é preciso contar com o bom senso do profissional que admite ao perceber casos emergentes ou urgentes e encaminhá-los diretamente à sala de pré-parto, quarto ou centro cirúrgico. De a mesma forma ressaltar o papel educativo do enfermeiro frente à sua equipe, contudo, no programa de educação permanente trazer esses temas/problemas do dia a dia e manter a equipe sensibilizada para perceber as necessidades da parturiente.

O contexto da prática assistencial como ponto de partida para a pesquisa permite a articulação de estratégias de forma a minimizar os problemas e contribuir na solução dos mesmos.

O conceito de humanização como: a atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência, adotado pela REHUNA (2009), inclui o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (REHUNA, 2009).

A instituição na qual atuo, não oferece opções de posição para parir, embora alguns partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas tenham sido na posição vertical, na banqueta ou mesmo de cócoras no chão, ou na posição de gatas, ou em decúbito lateral esquerdo no leito. No entanto, essa opção não é dada a toda parturiente, só àquelas que são autônomas e assim desejam, mas até essas, quando atendidas pelo médico obstetra se rendem a eles pela insistência desses de que não há condições de atenderem esse tipo de parto na instituição.

Conforme Diniz (2001), humanizar a assistência obstétrica: é respeitar à fisiologia humana, rejeitando as condutas tecnicamente irresponsáveis, negligentes, antifisiológicas e arriscadas; é atender às dimensões das relações humanas, sociais, psicológicas, familiares, entre outros, em oposição à frieza do ambiente hospitalar. Para que isso aconteça, é preciso ter a parturiente no centro da atenção, e implica em quebrar regras e normas, pois como no caso de Alfa, pois tinha apenas ela em trabalho de parto naquele dia, porque não permitir que seu filho a acompanhasse por um tempo na sala de pré-parto? Sentiu que a parturiente ficou feliz com isso, sentiu-se respeitada e valorizada, em contrapartida o filho vai crescer entendendo o processo como natural e o papel do acompanhante. Quer dizer: regras e normas rígidas afastam o

calor humano, contribuem para a visão intervencionista do processo de parir, ou seja, apesar de estar num ambiente hospitalar, o bem senso de quem atende pode contribuir para deixá-lo mais acolhedor e próximo (nunca igual) ao ambiente doméstico.

Nessa concepção de assistência, a mulher é a protagonista de seu processo de parir, sustentada no respeito e na liberdade de escolher o que e como quer ser assistida. Como pensar numa assistência em que sejam abolidas as condutas arriscadas e inúteis para a obtenção de resultados positivos? Desconstruir a maioria das rotinas que representam risco é o primeiro passo (REICHARD, 2007). Nesse sentido, obtiveram grandes avanços na instituição, pois raramente se faz lavagem intestinal preparatória para o nascimento, a tricotomia para parto é um procedimento também restrito, a episiotomia já não é procedimento de rotina para as enfermeiras obstétricas e para alguns obstetras a deambulação é livre e estimulada na fase de pré-parto, bem como a hidratação e alimentação leve.

Há algumas práticas que precisam ser revistas, o que depende muito do bom senso do profissional que atende e da lógica de se ter sempre em mente o “bem-estar” e a parturiente no centro das atenções. Assim, deve-se: procurar manter o acompanhante próximo à parturiente; o despir de seus trajes e vestir a roupa da instituição pode ser perfeitamente adiada para a proximidade período expulsivo, conforme seu desejo. O ambiente privativo deve ser garantido com a sensibilização da equipe e mantendo biombos e portas sempre fechadas com placa pedindo para aguardar; expor minimamente à parturiente é um pequeno cuidado que faz a diferença numa assistência humanizada.

Da mesma forma, deixar a parturiente no período latente no quarto, só trazê-la à sala de pré-parto quando estiver na fase ativa e, próximo ao expulsivo e assim preservar ao máximo a individualidade da parturiente neste ambiente. Atualmente a sala de pré-parto é coletiva, mas já existe projeto para torná-la em quartos individuais, no modelo PPP, quarto pré-parto, parto e puerpério.

Saliento, portanto, a necessidade e a importância do tema humanização ser discutido em todas as situações vivenciadas na instituição com a equipe de saúde, para que a perspectiva do paradigma humanista prevaleça sobre o tecnocrático e se tenha sempre a lógica do cuidado centrada na mulher e nas suas necessidades, a fim de que protagonize a sua vivência no processo de parir.

## 6.2.2 Contribuições da enfermeira obstétrica no cuidado à parturiente

Nas reflexões e incorporação da teoria humanística, senti e reforço a concepção de saúde com um conceito ampliado, pois se naquela teoria eu me envolvi com o sujeito em seu existir, não há como deixar de lado as condições de seu existir no mundo. Além da busca em dar sentido à sua existência no mundo, também as condições de dignidade, moradia, emprego, alimentação, acesso à educação e saúde permeiam o seu bem-estar e o seu potencial, enquanto ser humano.

O risco de depressão pós-parto e de morte estava presente para Zeta e seu bebê, dentro da realidade em que se encontravam, mas diante de um bebê PIG- pequeno para a idade gestacional. Propôs-se e Zeta aceitou a atenção psicológica e social para ajudá-la neste contexto.

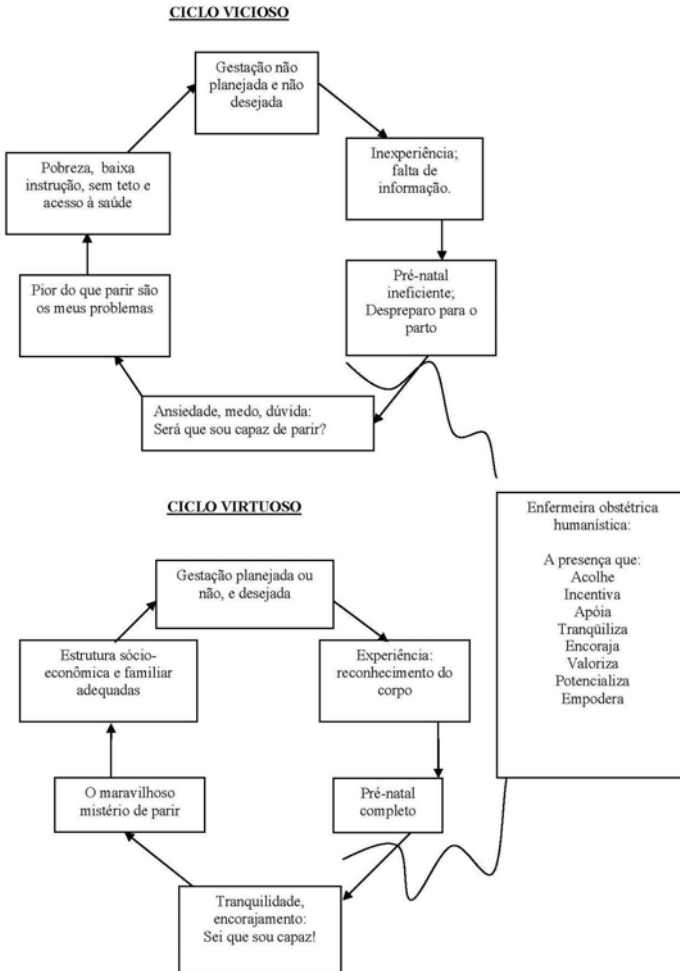
*[...]é que minha cabeça tá girando (devido aos problemas conjugais e financeiros), não sei nem o que pensar, e...não sei, eu to com uma agonia assim dentro de mim, que não sei nem no que pensar... daí minhas coisas lá, e...e daí o neném, minha nossa, uma vontade de chorar, né...que nem entendo eu mais...não sei nem onde que vou... (Zeta).*

Assim, identifiquei o risco social a que Gama, Zeta e Iota estavam expostas, quais cuidados seriam significativos para elas como possibilidade de resgatar a autoestima. Para Zeta, o encaminhamento e as orientações para uma anticoncepção definitiva representavam a possibilidade de mudança de vida; para Iota, que engravidou várias vezes tomando anticoncepcional de baixa dosagem, foi esclarecido o modo correto de utilizá-lo e como fazer para ter acesso ao método injetável, o qual seria o método anticonceptivo de sua escolha no momento; e para Gama, a ação conjunta com o Conselho Tutelar, também a ajudei a tomar a decisão certa, a não ser vítima de interceptadores de criança para adoção ilegal e a se libertar de um companheiro opressor.

Foi desgastante vivenciar a precariedade socioeconômica e cultural destas mulheres destituídas de tudo em seu existir. A falta de condições dignas de vida, inexistência de moradia, vivendo de favor em casa de parente, o desemprego, a baixa escolaridade que ceifa o potencial do ser humano, a falta de conhecimento de seus direitos de cidadã, a dificuldade de acesso aos bens de saúde como planejamento

familiar e pré-natal de qualidade, o relacionamento conjugal conflituoso, a violência sexual e doméstica fez identificar um ciclo vicioso na ocorrência de gestação não planejada e não desejada.

Para representar essa reflexão, apresento a seguinte representação esquemática.



**Figura 1:** Ciclo vicioso e ciclo virtuoso.

O esquema representa graficamente a situação identificada como ciclo vicioso nas quais as parturientes possuem condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis para o “bem-estar” e que interferem na vivência positiva do processo de parir. Neste, a minha atuação contribuiu, mas, para reverter o ciclo vicioso é necessária uma mobilização intersetorial do serviço público e da sociedade em geral.

Em contrapartida, percebi a existência de um ciclo virtuoso (quando a maioria das situações conspira para o desenvolvimento do potencial humano existente), no qual as mulheres que planejaram as gestações ou que estavam desejando engravidar daqui a um tempo, mas se surpreenderam com a gestação neste momento. Ainda possuíam melhores condições socioeconômicas, o pré-natal foi de melhor qualidade, a escolaridade é mais alta e existe uma rede social que ampara essa mulher (família). E então, com a minha atuação na função de enfermeira obstétrica, essas parturientes puderam vivenciar o processo de parir de maneira mais prazerosa e edificante.

Em todas as situações pude contribuir, acolhendo, incentivando, apoiando, tranquilizando, encorajando, valorizando, potencializando a capacidade da mulher em parir e a empoderando para ser mais ativa no cuidado de si, de seu bebê e de sua família.

Paterson e Zderad lançam desafios às enfermeiras, no sentido de inovar as relações humanas e de apurar o olhar para cuidar do ser humano para além do biológico e do verbalizado, mas a conduzir sabiamente a interação no processo de cuidar como potencializadoras para o bem-estar, resgatando, apoiando e fortalecendo o “*self*” da parturiente. Empoderando-a para o processo de parir e para a sua vida, já que após essa experiência a mulher não será a mesma, percebendo isso nas expressões faciais (olho brilhando, sorriso) e verbalização dos sujeitos deste estudo:

*Nem parecia que eu tinha passado por tudo aquilo...  
(Epsilon)*

*Eu quero mudar de vida, vou fazer isso..., e aquilo... (Zeta)*

*Estou tão bem que já quero ir embora...Quando vou ter alta?  
(Alfa)*

O comportamento no processo de parir é singular, mesmo não sendo uma gestação desejada, foi tranquilo para duas delas, somente Gama, que vivenciava uma relação conjugal conflituosa, apresentou-se

completamente desesperada no período expulsivo, mas se acalmando posteriormente e que culminou com a decisão de se separar do companheiro e doar o bebê. daquelas que planejaram e desejaram o filho, Alfa, Eta e Epsilon estavam muito tensas, as duas primeiras já haviam parido uma vez e Epsilon vivenciava pela primeira vez a emoção de ser mãe. Beta era primigesta e Delta era tercigesta tiveram uma evolução rápida e bem controlada emocionalmente. Constatou também que duas parturientes, Epsilon (primigesta) e Gama (secundigesta), estavam muito tensas e sofredoras. As histórias de partos trágicos, conhecidos e “falados” na comunidade, foram relatadas no diálogo vivido, o que fez identificar a influência sociocultural negativa para a vivência do parto. Essas constatações exigiram uma atenção maior para que elas pudessem vencer os temores, liberar seus corpos e acreditar na capacidade de parir.

Ao utilizar o processo de cuidar humanístico percebi de maneira intuitiva as necessidades da parturiente e posteriormente traduzi através de meu conhecimento científico em respostas, buscando o acolhimento, incentivando, apoiando, tranquilizando, encorajando, valorizando, potencializando e empoderando, não só para parir, mas para romper com o ciclo vicioso que reprime o potencial de vida. Coloquei o meu saber à disposição da parturiente, de forma a trazer confiança e segurança na evolução do processo de parir, pois ao ouvir os batimentos cardíaco-fetais do bebê, ser esclarecida da progressão e sinais de normalidade, a tendência da parturiente foi se tranquilizar e confiar mais em sua capacidade de parir.

Dentre as ações para encorajar a mulher para romper com o ciclo vicioso está à participação interdisciplinar institucional, com o cuidado psicológico; o serviço social com encaminhamento de seus direitos; a enfermagem na instrumentalização e valorização do “self” da mulher para seu autocuidado e o cuidado de sua família. A integração com outros setores públicos, ou seja, a intersetorialidade no o encaminhamento para a secretaria de ação social, agência de empregos, secretaria da educação, entre outros, trazem a ela uma perspectiva concreta de mudança de condição de vida.

Da mesma forma, ao identificar a existência de um ciclo virtuoso, incentivei essa mulher e potencializar a capacidade de ser mais, ir à busca de seu sonho, mostrando o caminho. Valorizei o seu saber, ensinei e aprendi com ela e a empoderei para sua autonomia, enquanto ser de direitos no mundo, até reconhecendo e fortalecendo a enfermagem obstétrica neste processo.

A realização deste estudo permitiu refletir sobre a minha prática,

pois fui crítica de meu agir, assim aprendi a me conhecer, a lidar com minhas próprias emoções, transpus o tecnicismo e tive consciência da intuição, como um aliado no cuidado.

Lidei com minhas emoções e ansiedades quando já não sabia mais o que fazer para tranquilizar e confortar a parturiente, que chegava ao seu limite, fazia qualquer movimento que simbolizasse cuidado e atenção e recuperava o seu autocontrole. Assim, busquei um copo d'água para elas, abanei, enxuguei os suores, segurei suas mãos, comentei a evolução com o acompanhante, auscultei novamente os batimentos cárdio-fetais, propus ficar na posição de gatas, balançaram ao ritmo da música e com isso senti que tanto a parturiente como ela, ganhavam energia, animando-se e confiando na proximidade do encontro feliz entre mãe e bebê. Quando chegava à hora de ir para a sala de parto e podia, ia caminhando, andando devagar, agacha no meio do caminho, respirando fundo. Lá, fazia todo o preparo do campo para receber o bebê como num ritual para a chegada. Pensava e dizia para ela mesma: deixe... já está vindo..., deixe rodar sozinho..., seja paciente..., controle sua ansiedade..., (aí me virava e apanhava uma compressa, olhava para ela e contava o que estava vendo, oferecia se queria sentir, tocar) e quando via..., coroava a cabecinha, desprendia o ombrinho e nascia.

Porém, ainda assim houve 2 situações em que fiz episiotomia, mas acreditei que fossem necessárias, porém refleti muito sobre essa prática. Fiquei frustrada, mas entendi o que me motivou a realizar as episiotomias: primeiro que não foi de rotina; segundo, foi consentido pela parturiente; terceiro, a situação de ineficiência no puxo e prolongamento do período expulsivo exigia uma tomada de decisão; e quarto, ela me cobrava o tempo todo e pedia ajuda a Deus para que nada desse “errado”, pois mesmo acreditando na natureza, havia a possibilidade de algo dar errado. É quando sentia o peso do mistério “tremendo” que representa o parto e ainda pelo “ranço” da formação tecnicista, às vezes, temer o parto e introduzir, talvez, condutas que não seriam necessárias, é preciso se policiar e se empoderar na capacidade de assistir e de acreditar na capacidade da mulher em parir.

Atendi três gestantes que tiveram seus bebês grandes para a idade gestacional, Alfa que era secundigesta, parto vaginal com episiotomia há 5 anos atrás, fez o procedimento e nasceu um bebê de 4,145 gramas; Eta, que também era secundigesta, parto vaginal com episiotomia há 6 anos atrás e agora deu à luz a um bebê de 4.550 gramas, sem o corte, mas com laceração de segundo grau; Iota, que era uma múltipara, tendo seu sétimo filho, sendo somente os três primeiros com episiotomia e



nasceu um bebê de 4.250 gramas, num parto natural, sem intervenções e sem laceração. Considerando que há situações em que a episiotomia é justificada para a diminuição do trauma e noutra que é evidente e desnecessário tal procedimento cirúrgico, então o importante é ouvir a parturiente, avaliar com conhecimentos científicos e deixar a intuição ajudar a decidir pela realização de tal prática e não se guiar mecanicamente pelo ato rotineiro de fazer a episiotomia.

Conforme Ministério da Saúde, BRASIL (2003), a episiotomia é uma técnica realizada com frequência, sendo que a incidência nos Estados Unidos é de 50 e 90% nas primíparas, já nos países baixos da Europa, as obstetizas realizam episiotomia em 24,5% das parturientes.

A Organização Mundial da Saúde (1996) avaliou que seriam bons motivos para a indicação da episiotomia: situações com sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau num parto, até então de evolução normal. Salienta ainda que o profissional deva ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado, devendo receber treinamento para isso.

No contexto do existir dos sujeitos significativos da pesquisa, eu a via como cidadã, em pleno exercício de seus direitos, dando à luz segundo as suas preferências particulares e com a informação mais ampla para o controle de seu processo de parir. No entanto, esse poder dado à mulher é estranho a ela, pois a maioria foi socializada no modelo biomédico, logo não sabe o que fazer com ele. Dessa forma, costuma não confiar em si mesma, deixa seu corpo ser tratado à mercê do saber e decisão dos profissionais de saúde, sente segurança num ambiente cheio de aparatos e parafernália tecnológicas, se anula em suas necessidades e desejos diante do desejo do profissional de saúde, esconde seu pudor, sente que deve colaborar com o pessoal de saúde e aceita facilmente a sugestão de fazer uma cesariana (DIBBITS, 2007).

Constitui um grande desafio para a enfermeira obstétrica ao perceber que a mulher foi socializada numa determinada perspectiva paradigmática (modelo biomédico) e tendo pouco tempo para trabalhar dentro da lógica de uma nova perspectiva (modelo humanístico). Neste ponto reside a importância do pré-natal de qualidade, da existência de grupos de gestantes e de uma rede educativa em favor do parto normal. Devido à falta de investimento e valorização da atividade educativa, na fase preparatória para o parto normal e socialização no modelo biomédico (a que a maioria de nós, mulheres e profissionais de saúde fomos submetidas), decorre o fato de muitas mulheres prestarem depoimentos depreciativos em relação ao parto normal. Acredito que a vivência do processo de parir institucionalizado, medicalizado e

intervencionista dentro do paradigma tecnicista, contribui muito para que a percepção da mulher seja negativa, sendo urgente buscar alternativas para humanizar o ambiente hospitalar.

Creio também que o modelo holístico é praticamente incompatível com o ambiente hospitalar, pois nele a mulher confia em si, na sua intuição e na sua capacidade de parir, é protagonista e promove seu autocuidado, atendendo a si própria em suas necessidades, ficando insegura em outro ambiente que não seja a sua casa, considerando o hospital como um local frio também cenário de doença, abandono e morte (DIBBITS, 2007). Porém, acredito que o modelo humanístico é possível, e os resultados desta pesquisa apontam para isso.

Diante destas considerações tenho a percepção de que a mulher que vivenciou o processo de parir assistido pela enfermeira, sem intervenções, mas acompanhando o processo, propiciando cuidados alternativos, sente-se autônoma como se ela dissesse: eu pari meu filho! Eu fiz meu parto! E, vê na enfermeira aquela que esteve junto, que apoiou, prestou cuidados no aspecto subjetivo, apoiando, encorajando, massageando, mas não fez seu parto! Porque quem fez foi ela mesma! Dessa forma, o reconhecimento à dedicação da enfermeira é diferente do reconhecimento do atendimento médico, porque ele sim, ele faz o parto, ele corta, ele intervém, ele medica, ele “controla”.

### **6.2.3 Contribuições da enfermeira obstétrica no percurso da teoria humanística aplicada à obstetrícia**

O encontro autêntico, o acolhimento da parturiente, é uma etapa muito importante na relação dialógica, afinal essa gravidez tem um significado na vida dela e agora está prestes a dar à luz (e o parto também tem um significado para ela), além disso, ela é uma mulher que tem sonhos, uma profissão, uma família ou não, estudou ou não..., traz consigo seus valores e crenças, expectativas e medos diante do processo de parir. Neste encontro, na relação com a parturiente valorizou muito a intuição, percebendo a hora de escutar, de observar, de estar presente, de não estar presente, de confortar-lhe, de animar-lhe, de apoiar-lhe, de empoderar-lhe, percebendo a abertura para o diálogo através da presença genuína.

O “estar no mundo” se efetiva pela presença de cada ser, então a abertura proporcionada pelo encontro verdadeiro proporcionou-se o dar-

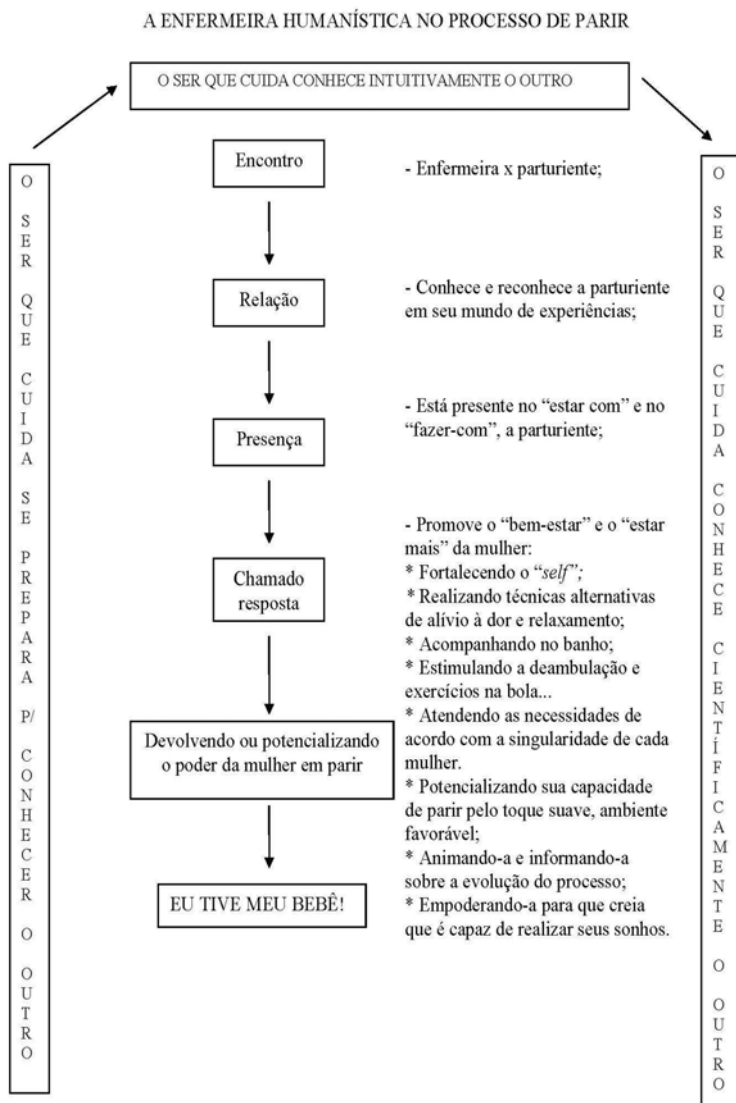
se a conhecer da parturiente à enfermeira e vice-versa. Dessa forma, desvelou-se a realidade socioeconômica e cultural em que vivem, suas preocupações, de onde provêm seus medos e assim pôde proporcionar uma atenção mais adequada a ela. A parturiente é presença; torna-se “copresença” a partir do convívio com os profissionais que lhe prestam assistência, a partir do compartilhar da experiência vivida. Nesse existir com o outro se encontra presente a mulher, ser parturiente, que é fonte essencial do processo de parturição. É a ela que a atenção deve estar dirigida integralmente (ZAGONEL, 1997). E foi com essa reflexão que teve uma postura crítica em seu fazer e assim pôde “ser com” e “fazer com” a parturiente, no momento em que proporcionava a ela o relaxamento, acompanhava a sua evolução, dividindo com ela o controle de sua dinâmica uterina, suas sensações, os bcfs, a descida fetal, sentia a aceitação desses cuidados. Dividia o saber e pela escuta ativa valorizava o seu saber para empoderá-la para “ser mais” no processo de parir, e teve a satisfação de ver a emoção e vibração delas diante da vitória em parir e ver seu/sua filho/a com energia de sobra.

O pensar nas existências exige rompimento com as forças que atuam de forma negativa neste movimento existencial. Essa força negativa a seu ver se refere à constante vigilância para vencer a viseira do paradigma tecnocrático que inconscientemente leva a agir de maneira mecânica, consiste num grande enfrentamento quando se trabalha em equipe e há resistência dos colegas. O cuidado humano da parturiente é o mecanismo que impulsiona as expressões emocionais positivas, integradoras; é o poderoso instrumento de que se dispõe ao atuar, enquanto relação de troca, visando o seu “bem-estar”.

Para a enfermeira obstétrica ser capaz dessa tarefa de cuidado é necessário crescimento e desenvolvimento interior de si mesma. É o ser que cuida, preparando-se para conhecer a parturiente para ajudá-la a crescer; é necessário estar desprovido de qualquer rotina que a impulsiona à repetição, à mesmice; deve estar aberta, alerta, preocupada em perceber, em sentir, em ouvir, em “viver com o outro” (ZAGONEL, 1997).

Acredito que o processo de cuidar embasado na teoria humanística é a que está mais de acordo com a minha formação de enfermeira obstétrica, seus resultados contribuem para a transformação da visão da mulher para uma vivência empoderadora e protagonista do processo de parir, mesmo no contexto hospitalar.

Para tanto criei um esquema que reflete a relação enfermeira X parturiente no processo de cuidar.



**Figura 2.** A enfermeira humanística no processo de cuidar

#### **6.2.4 Contribuições da enfermeira obstétrica para com os demais profissionais da equipe de saúde**

Creio que o processo de cuidar e pesquisar proporcionado pela modalidade de pesquisa escolhida foi pertinente no sentido de provocar reflexões nos profissionais em seu modo de agir. Como referi anteriormente, entre os enfermeiros as discussões dos casos atendidos sempre foram no sentido de o que poderiam fazer para ajudar à mulher a resolver seus problemas, mesmo que fosse apenas no escutar, no “estar-com” e no potencializar sua capacidade de agir e reagir diante da situação em que se encontrava. Nesse pensamento está incorporado o paradigma holístico da assistência ao processo de parir, ou seja, em ver a mulher como um todo em suas múltiplas dimensões. Percebi também que eu mesma deixava de anotar dados da relação parturiente x enfermeira na evolução de enfermagem, detendo-me a aspectos técnicos e fiz um movimento interno para registrar os aspectos subjetivos do diálogo vivido, como a expressão facial, a intuição, o brilho no olhar...

O processo de cuidar desenvolvido na instituição em que estou inserida e atuando como enfermeira obstétrica assistencial, gerou movimentos de ir e vir além do habitual aflorou diálogos entre colegas de trabalho, criou expectativas e necessidade de mobilização das enfermeiras obstétricas em reafirmar o papel na instituição.

Vivenciei emoções, aprendi a intuir, a me colocar no lugar da parturiente, a ouvir seu chamado silencioso, a responder com segurança e delicadeza, a relacionar com suas experiências e conhecimentos nas várias áreas da ciência humana, a ter satisfação com a satisfação da mulher, a acreditar nela e no profissional de enfermagem, ainda no potencial de ambas.

Acredito que este movimento no processo de cuidar com a lapidação teórica através do estudo, contribuiu para articular a sua participação, a vislumbrar no modelo teórico da enfermagem humanística um modelo científico adequado à valorização e protagonismo da mulher no processo de parir, também o fortalecimento da enfermagem obstétrica enquanto ciência e compartilhei com as colegas de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou-se na vivência diária privilegiando no cenário de atuação profissional enquanto enfermeira obstétrica assistencial, recebendo neste contexto mulheres com perspectivas e expectativas em ser mais no processo de parir.

Orientada pela Pesquisa Convergente-Assistencial, retomei os objetivos deste estudo, no qual busquei compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar e identificar as contribuições da enfermeira obstétrica para promover o cuidado humanístico no referido processo.

Dessa forma utilizei a teoria humanística, desvelei no ser-parturiente o significado do processo de parir como sendo a realização de seu sonho de ser mãe, e para as que não tinham planejado esse filho a esperança e o desejo de melhorar sua vida. No assistir ao processo de parir obtive o reconhecimento das parturientes em vários aspectos dessa assistência, pois referem que essa experiência significou respeito à sua feminilidade, dizendo que preferem ser atendidas por mulheres, pois a vergonha é um aspecto que impede o bem-estar. O que elas diferenciaram na atuação da enfermeira foi o cuidado delicado, sem pressa, respeitando o seu tempo.

As mulheres demonstraram apreensão de conhecimentos sobre o que acontecia com seu corpo no processo de parir, como que num ensaio para o protagonismo, dessa forma a vivência significou: o saber compartilhado de minha pessoa, como enfermeira obstétrica, transmitindo segurança, reforçando também a importância do papel educativo da enfermeira obstétrica.

A dor esteve fortemente presente nas sensações das parturientes nos períodos de dilatação e expulsivo. O significado do grito nesse momento foi algo incontável, na qual não tiveram nem consciência da intensidade da mesma, porém em nenhum momento referiram coagidas ou reprimidas em sua expressividade. A minha presença durante as contrações deixava a dor mais fácil de suportar, pois a solidão e o abandono aumentam o medo e o sofrimento.

Os meus cuidados proporcionaram bem-estar físico à parturiente, sendo validados principalmente as massagens lombares e o banho de aspersão, porém cabe ressaltar que algumas parturientes preferiram ficar “quietinhas” no leito, principalmente próximo ao nascimento.

O bem-estar emocional foi percebido pelas falas que

identificaram a mão que segura a mão, a palavra que deu ânimo quando estavam quase desistindo. Finalmente, no cuidado como enfermeira obstétrica percebi o existir-no-mundo da mulher e proporcionei cuidados. Nas pequenas atitudes potencializei a vivência da experiência de parir, foi assim no toque na cabecinha do bebê antes de nascer, no encorajamento que contribuiu para que ela se sentisse forte, na escuta ativa que permitiu o desabafo; no olhar que a tranquilizou.

Da mesma forma que pesquisas anteriores constataram a influência de fatores socioculturais sobre o processo de parir, neste estudo também emergiu o medo que provém das vivências de maltrato institucional em partos anteriores; o medo que provém de histórias do meio sociocultural da parturiente; o medo do processo de parir em si.

Identifiquei ainda no fazer com o que pode melhorar na assistência e contribuições das parturientes. Assim, uma parturiente apontou que é preciso entender o seu tempo no sentido de que a espera para ser admitida foi muito desconfortável; outra ao se referir apavorada ao ver outra parturiente chegar à sala de pré-parto desesperada, apontou que é preciso oferecer um espaço adequado à parturiente.

O compromisso com a prática provocado pela Pesquisa Convergente-Assistencial esteve presente no decorrer do processo de cuidar e pesquisar e a despertou para contribuir para a melhoria da assistência. Assim, no contexto hospitalar refletiu e vislumbrou mudanças físicas na estrutura física da sala de admissão, mobilizando para outro ambiente da maternidade. Mais que mudança física, busquei o comportamento dos colaboradores para um acolhimento sensível, percebendo a chegada de uma parturiente em fase ativa, uma recepção ágil, deixando os trâmites burocráticos em segundo plano. Entendi que esses pontos levantados e sentidos neste estudo devem fazer parte do programa de educação continuada do serviço, além de atentar e tratar à parturiente como um ser sexual e deixá-la com suas próprias vestimentas, conforme o seu desejo durante o trabalho de parto. Contudo, é preciso primar pela privacidade do ambiente do pré-parto, tendo o bom senso de não superlotar a sala de pré-parto coletiva, só trazendo a parturiente até esse ambiente quando em fase adiantada.

A utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad se mostrou como um modelo que permite à enfermeira olhar para a parturiente com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir-no-mundo. Como o serviço de enfermagem não possui um modelo teórico para embasar sua prática nas relações profissionais de troca, de experiência com as colegas enfermeiras, sugeriu a adoção da mesma, sendo necessário discutir e

adquirir como corpo de enfermagem a competência e a habilidade para utilizá-la. Não existe uma receita a seguir, mas é preciso disposição para o diálogo vivido, que ocorre a partir do encontro verdadeiro, onde se estabelece a relação empática através da presença genuína, percebe-se o chamado e proporciona-se a resposta que leva ao bem-estar e o estar melhor da cliente. E esse modelo se aplica também nas relações interpessoais da equipe de saúde e, a nossa disposição é de alcançá-la, pois essa experiência me tornou uma enfermeira diferente.

Em relação à Teoria Humanística de Paterson e Zderad foi possível identificar facilidades e dificuldades na utilização da prática assistencial obstétrica, ficando evidente que é necessário romper com o modelo tradicional do parto institucionalizado. Em todo o processo de cuidar/pesquisar buscou a renovação e a adaptação desta teoria na prática. Pois, no transcorrer de minha prática profissional na assistência obstétrica, há mais de uma década, presenciei as mudanças nas práticas assistenciais embasadas no movimento de humanização da assistência ao parto, que geraram internamente uma gama de sentimentos controversos, desde a negação e ceticismos iniciais, uma curiosidade pelos métodos e resultados divulgados, finalmente, a total convicção de ser esse o verdadeiro caminho a seguir.

O movimento de humanização da assistência no parto, busca resgatar o caráter natural e fisiológico do nascimento, o que em termos institucionais envolve a mudança de uma série de eventos que foram inseridos, quando o parto passou a ser atendido dentro do hospital. A desincorporação das intervenções associadas ao parto medicalizado não é tarefa simples de ser executada, sendo que neste estudo, também eu, me “peguei” reproduzindo “rituais” sem comprovação de benefício pelas evidências científicas.

Adquiri uma nova postura profissional reciclando e organizando meu conhecimento pela revisão da literatura, inter-relacionando e inserindo “o saber pensar” ao “saber fazer”, mediante o processo de “aprender a pensar o fazer”, culminando com o “refazer”

O referencial teórico humanístico renovou minha prática, principalmente pela relação intersubjetiva que ela propõe, de forma que pude enxergar com outros olhos a mulher em seu mundo, vivenciando o processo de parir.

A experiência de “um pensar o fazer renovado” utilizando a teoria humanística não se encaixa em nenhum instrumento pré-estabelecido, o que permitiu criar uma metodologia própria, prática e única frente o exercício de percepção do ser humano, enfermagem, saúde, comunidade e enfermagem fenomenológica. Conceitos que



tomam forma, como massa de modelar trabalhada pelas próprias mãos, ao longo da convivência humana no significativo e maravilhoso processo de dar a vida a um novo ser.

Dessa forma ao desvendar leituras e sustentar o referencial teórico ocorreu a conexão entre as expectativas, enquanto enfermeira assistencial e suas crenças pessoais, reafirmando a opção pela teoria humanística de Paterson e Zderad. Estas levaram a entender que, na prática, me preocupava e valorizava a subjetividade do cuidar naquele ambiente e que já havia experienciado como enfermeira ao cuidar da parturiente muitos dos conceitos apresentados pelas teoristas como o diálogo vivido, a presença genuína, a transação intersubjetiva e principalmente a essência humanística da teoria reconhecendo cada ser cuidado como singular.

Com a clareza do referencial teórico propus a inserção da teoria humanística cuja abordagem existencial, fenomenológica e humanista faz uma reverência à vida, valorizando a necessidade de interação humana, determinando o significado que vem de maneira peculiar como o indivíduo vivencia o mundo. Nessa relação à parturiente e a enfermeira reunidas em encontros, sendo e fazendo, desenvolvem numa transação intersubjetiva de “estar com” e “fazer com”, um propósito definido, que é alimentar o bem-estar e o estar melhor da parturiente no tempo e no espaço (MOREIRA; ALVES; FARIAS 2001). E assim, pode resultar numa vivência mais prazerosa e dentro das possibilidades hospitalares mais autônomas e protagonizadas pela mulher em seu processo de parir, deixando-a “empoderada” ao perceber a sua capacidade de parir e ter em seus braços a sua grande vitória, seu (ua) filho (a). Após essa vivência, pude sentir-me fortalecida para os enfrentamentos de meu existir no mundo e com potencialidade de ser mais.

Ao concluir o estudo percebi que atingi os objetivos traçados, pois compreendi que para a mulher, o processo de parir assistido pela enfermeira significou atenção adequada para o seu bem-estar e de seu bebê. Que o processo de parir está permeado de medos reforçados social e culturalmente e pelas experiências pregressas de violência institucional, diante desses temores o que a parturiente espera é que no final dê tudo certo e que nasça um bebê sadio.

A satisfação das usuárias com o tipo de atendimento está relacionada, principalmente, nas relações interpessoais de confiança, no tratamento individualizado, no acolhimento, no manejo da dor por métodos não farmacológicos, na mulher como agente ativo e central no atendimento, dentre outros. As falas das mulheres evidenciam a

confiança e o reconhecimento da enfermeira obstétrica como profissional que respeita a feminilidade, a expressão dos sentimentos, que com sua presença, apoia e acompanha o processo de parir na perspectiva da humanização. Como limitações deste estudo, eu considero o fato de os sujeitos significativos serem todos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, o que implica em uma realidade diferenciada em termos socioeconômicos e culturais.

Este estudo não esgota o tema abordado, porque a maneira de ver e sentir determinado fenômeno são dinâmicos e tem relação ao tempo e espaço vivido no mundo real daquele sujeito.

Eu, como mestrande, recomendo que os resultados obtidos neste estudo sejam considerados na formação de novos profissionais que escolherem a assistência obstétrica para atuação, também no aprimoramento dos profissionais já atuantes.

E finalmente, a realização deste estudo foi uma experiência singular e valiosa em minha vida, a qual conduziu à transformação do pensar e ao crescimento enquanto enfermeira obstétrica e ser humano. Sinto-me, agora, ainda mais estimulada para continuar trilhando os caminhos para que a prática de cuidar seja cada vez mais solidificada nos princípios humanísticos e no encontro com os anseios da mulher.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M.; SOUSA, J.T. de; BACHION, M.M.; ET AL. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.52-58, jan./fev. 2005

ALVES, M.T.S.B., SILVA, A.A.M. S (Orgs.) **Avaliação da qualidade de maternidades** – Assistência à mulher e seu recém nascido no SUS. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.

ÂNGULO-TUESTA, A.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S. et al. Saberes e práticas de enfermeiras e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro RJ, v.19, n.5, p.1425-1436, set./out. 2003.

ÁVILA, A.A.A. **Socorro, doutor!** Atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu, 1998.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Traduzido por Waltersin Dutra, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROS, L.M.; SILVA, R.M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Revista Texto &Contexto**, Florianópolis, v.13, n. 3, p.376-382, jul./set. 2004.

BASSO, J. F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BERGSON, H. An introduction to metaphysics, en philosophy in the Twentieth Century, ed. William Barrett and Henry D. Aiken (Nueva York: Random House, 1962, p.303-331, In: PATERSON J.G.; ZDERAD L.T. **Enfermeria humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

BERRIOT-SALVADORE, E. O discurso da medicina e da ciência. In: DUBY, G; PERROT, M. **História das mulheres**: do renascimento à idade moderna. v. 3. Porto: Afrontamento, 1990.

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S. As parteiras chefes da Maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 403-413, jul./dez. 2002.

BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que

interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, mai./jun. 2006.

BONILHA, A.L. L; ESPÍRITO SANTO L.C. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. **Boletim informativo da ABENFO-RS**, Porto Alegre, v. 6, n. 19, p. 4-6, dez. 2000.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL. **Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Presidente da República. Disponível em:

<<http://www.corenpb.com.br/legislação/leis/lei7498.html>> Acesso em: 09 setembro 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Decreto nº 93933 de janeiro de 1987**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília: MS, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p. 47-48., jun. 1998a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Seção 1, p. 24., 2/set. 1998b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Projeto do Curso de Especialização**. Brasília: MS, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000a. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília , seção 1, p.5., 8 jun. 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000.

Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p.6-8., 8 jun. 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília DF; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Projetos, programas e relatórios. Brasília, DF, 82 p., 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: MS, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 2005 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: MS, 2005b.

\_\_\_\_\_. Lei No 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre a Lei do Acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Presidente da República. Portaria 2.48/GM de 02/12/2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 02 dez. 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Versão preliminar. Brasília: MS, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde – **Melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais**. Brasília: MS, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no**

**setor de saúde suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 134-149, abr./jun. 1991.

BRÜGGEMANN, O. M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M. E de; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p.23-34.

BRÜGGEMANN, O.M. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha:** abordagem quantitativa e qualitativa. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

BUBER, M. The knowledge of man, Friedman, M. ed., New York: Harper&Row, 1965, In: PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R. In: GEORGE, J.B. (org). **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 242-253.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1977.

CABRAL, F.B.; RESSEL, L.B.; LANDERDAHL M.C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 459-465, dez. 2005.

CARON, O.A.F.; SILVA, I.A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.960-967, nov./dez. 2005.

CAPALPO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.1., p.70-76, mai. 1994.

CAPARROZ, S C. **O resgate do parto normal:** contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003.

CATAFESTA, F.; VENTURI, K.K.; ZAGONEL, I.P.S.; et al. Pesquisa -cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas.

**Revista eletrônica de enfermagem**, v.9, n.2, p.457-475, 2007.  
disponível em <http://www.Fen.ufg.br/revista/v9n2/.htm>. acessado em 06/09/2009.

CAVALCANTE, F.N.; OLIVEIRA, R.W; RIBEIRO, M. M. O. M. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.21, n.1, p. 31-40, jan./abr. 2007.

CISTERNAS, I.G.; ORTEGA, R.W.; SANTANDER, H.M. Dor: anestesia, apego, cesárea. **Cuadernos Mujer salud, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe**, Santiago-Chile, v.12, p.77-79, jan./dez. 2007.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução COFEN 233**. Dispõe sobre a Atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Rio de Janeiro: COFEN, 1999.

COLLAÇO, V.S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

COREY, G. Theory and practice of counseling and psychotherapy, 1986.In: PRAEGER, HOGARTH.In. George, J.B. (Org). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 242-253.

COSTA, L.H.R. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, n.53, v.1, p.39-46, jan./fev. 2000.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p. 301-323, jul./dez. 2002.

DAVIS-FLOYD, R.E. Nascimento como rito de passagem americano. Traduzido por Sonia N. Hotiminsky. **GENP**. Notas sobre nascimento e parto, São Paulo, v. 3, n. 6, nov. 1998.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

DEMO, P. **Metodologia do conceito científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal**. 3 ed, São Paulo: Savier, 1981.

DIBBITS, I. Nuestro parto, nuestra vivencia. **Cuadernos Mujer Salud, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe**, Santiago-Chile, v.12, n.1, p.82-87, jan./dez. 2007.

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

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem na humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: \_\_\_\_\_. **Textos do Curso de Capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência**. 1998.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.dos; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 sup., n.1, p.552-562, 2004.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G.A. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-176, abr./jun. 1991.

FAWCETT, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 1982. In: COLLAÇO, V.S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

FIGUEREDO, N.M.A.; TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V. 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**, Ribeirão Preto, v.12, n. 6, p.905-912, nov./dez. 2004.

FRANCO, J. M.; GODOI, C.V.C.; FONSECA, M.R.C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde em revista**, Piracicaba, v.8, n.19, p.13-19, mai./ago. 2006.

FREITAS, F., COSTA, S.; MARTINS, H. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.



- FONTOURA T. Aleitamento materno: uma perspectiva psicológica. **Revista Técnica-científica de Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.10, p. 224-228, jan./mar. 2005.
- GAÍVA, M.A.M.; TAVARES, C.M.A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.23, n.1, p.132-145, jan. 2002.
- GÊNESIS 25,17-18. In: BÍBLIA. português. **Bíblia sagrada**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- GRIBOSKI, R.A.; GUILHERM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v.15, n.1, p.107-114, abr./jun. 2006.
- GUARIENTO, A.; DELASCIO, D. **Obstetrícia operatória Briquet**. São Paulo: Sarvier, 1979.
- GURGEL, A.H.; CRUZ, N.L.; FERNANDES, A.F.C.; SILVA, R.M. Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.10, n.1/2, p.95-105, abr./out. 1997.
- GUTMAN, L. **La maternidad y el encuentro com la propia sombra**. Buenos Aires: Del nuevo extremo, 2003.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.
- HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.1, p.13-20, mar. 2004.
- JONES, R.H. **Memórias do homem de vidro**: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2004.
- KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade, 1978. In: KRUNO R.B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.396-407, dez.2004.
- KNOBEL R, RADÚNZ V, CARRARO T.E. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.14, n.2, p. 229-236, abr./jun. 2005.
- KRUNO R.B.; BONILHA, A.L.L. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.3, p. 396-407, dez. 2004.
- LANGER, M. Maternidade e sexo, 1986. In: COLLAÇO, V.S. **Parto**

**vertical:** vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. 14 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LEBOYER, F. **Se me contassem o parto**. São Paulo: Ground, 1998.

LIMA, J.V.; SIEBRA, G.O. Ensaio: assistência ao parto/perspectiva de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.20, n. 1/2/3, p.79-82, jan./dez. 2006.

LUZ, A. M. H. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.2, n.3, abr. 2002.

LUZES, E.M. **A necessidade do ensino da ciência do início da vida**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2007.

LOWE, N. K. The nature of labor pain. **American Journal Obstetricia Gynecology**, Philadelphia, v. 186, p. 16-24, May. 2002.

MACEDO, P. O.; PROGIANTE, J.M.; VARGENS, O.M.C. et al. Percepção da dor mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 306-312, jan./abr. 2005.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MACHADO, S. A. P. **Tempo e despedida:** substâncias da humanização do parto, 2005. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. (Org). São Paulo: Senac, 2005. p. 45-63.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; BASTOS C.C.B.C. Corporeidade da mulher no pós-parto: uma compreensão da linguagem em Maurice Merleau-Ponty. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.3, p. 408-416, set. 2006.

MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS. **30 anos auxiliando o milagre da vida**. Mafra: 2002. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Planejamento estratégico**. Mafra: 2007. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Estatística da instituição – 1.º semestre/2009**. Mafra: 2009. (mimeo).

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1971.

MELLO, C. R. M. **Parto:** mitos construídos, mitos em construção. Bauru: EDUSC, 2003.

MELLO, A.S. **Assim nasce a filosofia do parto e da amamentação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

MERIGHI M.A.B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p. 644-653, set./out. 2002.

MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Revista Diagnóstico Tratamento**, v.7, n.2, p. 6-10, abr./jun. 2002.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M.A.B. A atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.7, n.1, p.2-8, jan./jul. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1988.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MOREIRA, R.V.O.; ALVES, M.D.S.; FARIAS, M.C.A.D. A fenomenologia das relações sociais e a teoria humanística. In: MOREIRA, R.V.O.; BARRETO, J.A.E. (Orgs). **A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/ Programa Editorial, 2001. p. 187-201.

MOREIRA, K.A.P.; ARAÚJO, M.A.M.; QUEIROZ, M.V.O. et al. **A humanização no parto: um estudo bibliográfico**. 2007. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br/2007>> Acesso em: 25 janeiro 2009.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. Qualitative research methods for health professionals. 1991. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

MOTT, M. L. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.

10, n.2, p. 493-507, jul. 2002.

MOURA, F.M.J.S.P.; CRIZOSTOMO, C.D.; NERY, I.S. et al.. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n.4, p.452-455, jul./ago. 2007.

NAGAHAMA E.E.I.; SANTIAGO S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-657, jul./set. 2005.

NASSIF, A.A. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde**. Projeto da dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

NERY, A. A.; PINHEIRO, G. M. L.; OLIVEIRA, Z. M. Dimensões da dor: (re)pensando o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.5, n.29, p. 27-31, jul./ago. 2005.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: SARVIER, 2005.

NOGUEIRA, A.T. O parto: encontro com o sagrado. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.15, n.1, p.122-130, jan./mar. 2006.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. 3. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

\_\_\_\_\_. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2000.

\_\_\_\_\_. **Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado**. São Paulo: TAO, 1982.

OLIVEIRA, M. E de; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; RIESCO, M. L. G.; MIYA, C. F. R. et al. Tipo de parto: expectativa das mulheres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.667-674, set./out. 2002.

OLIVEIRA, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. (Org.) **Cuidado humanizado**. Possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático da saúde materna e neonatal**. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

OSAWA, R.H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil:

- um desafio para a enfermagem obstétrica. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 106, n. 11/12, p.421-427, nov./dez. 1996.
- OSAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.5, p. 699-702, set./out. 2006.
- OSAWA, R.H.; TANAKA, A.C.A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.1, p.96-108, abr. 1997.
- PAIM, H.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: SAITO, E.; GUALDA, D.M. A importância do enfoque cultural na compreensão da dor de parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.2, p.148-155, mai./ago. 2002.
- PATERSON J.G.; ZDERAD L.T. **Enfermeria humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.
- PIRES, D.E.P. de. A institucionalização da enfermagem. In: PIRES, D.E.P. de. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. p.106-143.
- POLIT, O.D.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R., GEORGE, J.B. (Org). **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 242-253.
- PROCÓPIO, E.V.P.; SILVA, K.A.L.; TORRES, T.C.O. **A perspectiva de atuação nas casas de parto: opinião de enfermeiros obstetras 2003**. Monografia (Graduação) Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2003.
- RADUNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira**. Goiânia: AB, 1999.
- RATTNER, D. Concepções alternativas de assistência e seu impacto nos indicadores perinatais. In: CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada**. Joinville: Univille, 2003.
- RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005.
- REHUNA. REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Carta de Campinas**. Ato de Fundação da rede pela humanização do parto e nascimento. 1993. Disponível em:

<<http://www.amigasdoparto.org.br/>>. Acesso em: 18 dezembro 2008.

REHUNA. REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E

NASCIMENTO. **Missão**. Disponível em:

<<http://www.rehuna.org.br/imagens/stories/documentos/apresentações/>>.

Acesso em: 25 janeiro 2009.

REICHARD, V. A. Parir dignamente, uma questão de direitos humanos.

**Cuadernos mujer salud/ Red de Salud de las mujeres**

**Latinoamericanas y del Caribe**, Santiago-Chile, v.12, p.12-17,

jan./dez. 2007.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

1991.

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de

enfermeira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão

Preto, v.6, n.2, p.13-15, abr. 1998.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de

obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas

possibilidades. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n2,

p.449-459, jul./dez. 2002.

RIESCO, M.L.G.; FONSECA, R.M.G.S. Elementos constitutivos da

formação e

inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cadernos**

**de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685-698, mai./jun.

2002.

RODRIGUES, D.P.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. Ação

interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Revista de**

**Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.232-238, abr./jun.

2006.

RODRIGUES, L.P.F. **Dar à luz-renascer**. São Paulo: Agora, 1997.

109p.

ROLIM, K.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L. Análise da

teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao

recém-nascido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão

Preto, v.13, n.3, p. 432-440, mai./jun. 2005

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa (editorial). **Acta**

**paulista enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p v-vi abr./jun. 2007.

SAITO, E.; GUALDA, D.M. A importância do enfoque cultural na

compreensão da dor de parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, São

Paulo, v.21, n.2, p.148-155, mai./ago. 2002.

- SANTOS, E.K.A.dos. Amor materno: natureza ou cultura? Um estudo sobre as representações com mulheres da ilha de Santa Catarina. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v.6, n.1, p341-341, 1997.
- SANTOS, F.R.P.; TYRREL, M.A.R. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.46-53, abr. 2005
- SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) **Programa de Pós-graduação em Saúde Pública**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- SANTOS, E.K.A.dos; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O.M.; ET AL. Especialização em enfermagem obstétrica da ufs - 1999/2003: Perfil e atuação dos egressos. *Ciência Cuidado Saúde*, v. 7; n.2, p.155-162, abr./jun. 2008.
- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p.47-60, 2001.
- SEIBERT, S.L. et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p.245-251, mai./ago. 2005.
- SILVA, C.R.; ALENCAR, N.G. Conhecimento e dificuldades relatadas por primíparas durante o trabalho de parto. **Tratados de Enfermagem**, São Paulo, v.2 , n.3 , p.49-56, 2005.
- SILVA, L.R. da; CHRISTOFFEL M.M.; SOUZA K.V.de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.4, p.585-593, out./dez. 2005.
- SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Vivência de parturientes: observação de enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.4, p.507-516, out./dez. 1997.
- SEROPIAN, R.; REYNOLDS, B.M. Wound infecções após preparo pré-operatório depilatório versus navalha. **The American Journal of Surgery**, New York, v.121, p.251-254, 1971.
- TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.183-191, jul./dez. 2002.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem-assistencial. **Revista Texto&Contexto**, Florianópolis, v.10, n.1, p.11-31, jan./abr. 2001.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TURNBULL, D. et al. Ensaio clínico randomizado sobre a eficácia da assistência ao nascimento e parto sob os cuidados da obstetriz. **GENP**: Notas sobre nascimento e parto, São Paulo, v.2, n.3, “não paginada”, mar.1997.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; SILVEIRA, A.C.F. O significado da desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.339-346, jun. 2008.

VIEIRA E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine**: the search for appropriate birth technology. Sidney: ACE Graphics, 1994.

XAVIER, I.M. A enfermeira na prática do cuidar da parturiente, 1999. In: COLLAÇO, V.S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

ZAGONEL, I.P.S. Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.2, p.34-8, jul./dez. 1997.

ZAMBRANO, E. **Mensuração e avaliação da dor pos analgesia raqui-peri combinadas durante o trabalho de parto**: um enfoque experimental. 2007. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ZUGAIB, M, TEDESCO, J.J.A.; QUAVLE J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.



## GLOSSÁRIO

**Assistir:** refere-se ao ato de cuidado exercido pela enfermeira à mulher no processo de parir. Envolve o estar com a atenção às necessidades humanas básicas, conforto físico e emocional durante o trabalho de parto e parto e puerpério, acompanhando a evolução fisiológica e utilizando dos conhecimentos técnico/científico para identificar intercorrências e tomar as decisões apropriadas.

**Ser humano:** é um ser singular que se relaciona de forma interdependente com outros indivíduos, é, portanto, é um ser com, um ser de relação.

**Saúde:** é mais que a ausência de doença. A pessoa tem potencial para estar melhor, de buscar tornar tudo o que é humanamente possível.

**Enfermagem humanística:** é um ato humano num tipo particular de situação humana cujo foco é o nutrir o bem-estar e o estar melhor de uma pessoa.

**Diálogo vivido:** é uma forma particular de relação intersubjetiva. Isto se entende se virmos à outra pessoa como a um indivíduo distinto e único, o qual entra em relação com outro.

**Encontro:** na enfermagem humanística é visto como um tipo especial e particular de situação, pois a enfermeira tem um objetivo que a influencia neste momento e a parturiente tem a expectativa de que esta lhe prestará a ajuda de que necessita.

**Relação:** é como se responde a alguém que precisa de ajuda. Neste contexto, o ato de enfermagem é sempre uma transação intersubjetiva, é o “fazer com” o outro e que também significa “estar com”.

**Presença:** diz-se ser genuína quando a enfermeira está aberta, receptiva, pronta e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco.

**Chamado - resposta:** à medida que a parturiente chama a enfermeira na esperança de receber atenção e ajuda em suas

necessidades e esta lhe responde na intenção de ajudá-la, portanto, ela espera ser solicitada (PATERSON; ZDERAD, 1979).

**Objetos:** são os aparatos comuns e clínicos onde se desenvolvem as transações enfermeira-parturiente. “Os objetos em si mesmos, assim como as relações podem servir para alentar ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.61).

**Tempo:** é concebida tal como acontece no tempo cronológico e também no tempo vivido pela parturiente e pela enfermeira (PATERSON; ZDERAD, 1979).

**Espaço:** o ambiente físico pode servir para facilitar ou impedir o diálogo da enfermagem. A pessoa pertence a seu lugar, e quando ela se encontra em um lugar novo pode sentir o incômodo, não pertencer a ele.

**Acolhimento:** é o estabelecer de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade) (BRASIL, 2008).

**Episiotomia:** é uma técnica cirúrgica realizada na região perineal, devendo haver indicação para tal. A Organização Mundial da Saúde (1996) avalia que seriam bons motivos para indicação da episiotomia: situações com sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau, num parto até então de evolução normal.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - CODIFICAÇÃO ATRAVÉS: DIÁLOGO VIVIDO

### A ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

Sujeito significativo: Alfa			
O dar-se a conhecer - Chamados respostas	conhecimento intuitivo	Conhecimento científico	Codificação
<p>Acolhimento/apresentação</p> <p>Eu-Isso: informações do cartão da gestante me interei de dados obstétricos: G. IV, P.I, A.II, 9 consultas de pré-natal completo, IG 39/40 sem.</p> <p>Fez tratamento para engravidar do primeiro filho.</p> <p>Queria outro filho mas tarde um pouco</p> <p>As 4 hs, sentiu perdeu muco, a partir daí iniciaram as contrações, decidi esperar.</p> <p>Valorizo sua decisão.</p> <p>Nega antecedentes patológicos familiar/pessoais, <i>apesar de ser gordinha.</i></p> <p>Fazia “judas”, temia entrar em TP e estar sozinha (marido caminhoneiro).</p> <p>Espera um menino. O nome foi escolhido pelo esposo. No primeiro foi eu que escolhi.</p> <p>Manifesta discretamente os desconfortos da contração, a referindo</p>	<p>Apresenta ansiedade, comunicativa, sabe se expressar...</p> <p>Senti em sua entonação de voz, a receptividade, a confiança e segurança em si.</p> <p>Gravidez desejada</p> <p>Adiava uma nova gestação, “medo de parir”.</p> <p>Reconhece sinais de seu corpo, valoriza sua experiência anterior.</p> <p>Não está satisfeita com seu corpo...</p> <p>Estar com o marido pode ter contribuído para desencadear o processo de parir.</p> <p>Manifesta muito amor à família fala deles com frequência.</p> <p>É forte, não quer chamar atenção.</p> <p>Temor...Será que esse nenezão vai passar?</p> <p>Corajosa, reconhece</p>	<p>Gestação desejada, mas inesperada; início precoce do pré-natal; fez mais de 6 consultas e as 2 rotinas de exames; 2 ab. anterior sem investigar.</p> <p>Sentimentos ambivalentes, querer e não querer, medo de parir, trauma anterior.</p> <p>Perda de muco, pródomo do TP, sinal que o colo está abrindo.</p> <p>Sabia que podia aguardar.</p> <p>Ansiedade que leva à obesidade. A família é obesa, alimentação errada, fenômeno da modernidade.</p> <p>O relaxamento favorece a liberação de ocitocina e desencadeia o TP.</p> <p>O casamento é um contrato</p> <p>Chega na fase</p>	<p>Acolhimento reconheciment o.</p> <p>Medo de parir.</p> <p>Ansiedade</p> <p>Medo de não ter quem a ajude!</p> <p>Valoriza a família e o ser mãe.</p>

<p>como leve.</p> <p>Achava que o bebê é grande, pois engordou 22 kg, o USG indica 3.100 gr (há 3 sem).</p> <p>Quer ter parto vaginal. No primeiro, estava com cesárea agendada, mas teve parto normal 9 dias antes.</p> <p>Conversando e lhe explicando o que fazia realizei o exame físico tudo normal. Peço sua permissão e obtenho colaboração.</p> <p>Exame obstétrico, gestação normais, identificada como baixo risco, cefálico, dorso à D, bolsa íntegra, DU 2/10<sup>+</sup> (40", 35") dilatação 5 cm, colo fino, BCF 140 bpm. Comemoro com ela a fase do TP em que se encontra.</p> <p>Genitália depilada, pois é seu costume.</p> <p>Ela comenta ainda bem que já tinha arrumado sua bolsa.</p> <p>Lamenta não ter ido ao mercado comprar os ovinhos da páscoa para o filho.</p> <p>Surpreende-se com o direito ao acompanhante. Manifesta a preferência pela presença mãe, concordo com ela.</p>	<p>que parto vaginal é melhor.</p> <p>Deixa e colabora na realização do exame físico e obstétrico sem tensão, sentiu-se segura e esclarecida-fazer com.</p> <p>Eu sabia que tava na hora! A identificação de que estava na fase ativa do trabalho de parto a fez sentir-se mais confiante.</p> <p>Depila para agradar o esposo.</p> <p>É uma mulher prudente</p> <p>Não foi ao mercado antes pela falta de dinheiro.</p> <p>No primeiro ficou sozinha. Desconhece os direitos de acompanhante.</p> <p>ansiedade obesidade</p> <p>Confia e aceita.</p> <p>Está à vontade e sorri.</p>	<p>ativa do TP com contrações regulares.</p> <p>Os fenômenos plásticos do processo de parir permitem a adaptação do bebê à pelve, sendo possível o PN de um bebê grande.</p> <p>O exame físico e anamnese dão segurança e percebemos que está tudo bem, além dela ver que está com profissional preparado.</p> <p>Início do trabalho de parto... as contrações são mais curtas e o intervalo entre elas é maior.</p> <p>O pêlo é proteção! depilar como medida higiênica ou submissão ao marido ou à instituição?</p> <p>Ansiedade</p> <p>Dificuldade financeira.</p> <p>Alienada, não conhece seus direitos, pré-natal não informou</p>	<p>Ansiedade</p> <p>Aprendeu com a experiência anterior.</p> <p>Socializada no modelo técnico.</p> <p>Desconhece direitos.</p> <p>Ansiedade</p>
---	--	--	---

<p>PA: 150/90 mmhg, devido à ansiedade, P- 90 ppm, T- 36.4 C, Peso- 113 kg.</p> <p>Informo sobre meu papel como enfermeira obstétrica e faço o convite para participar da pesquisa, apresento-lhe o TCLE.</p> <p>Vamos ao pré-parto. Ressalto a deambulação para progressão do TP; escolhe o leito; não havia outra cliente no pré-parto. Como melhorou</p> <p>Comenta: da outra vez eu fiquei sozinha, não tinha bola, cheguei às 22 h, vinha uma enfermeira estúpida, que dizia pra eu não gritar e fazer escândalo...</p> <p>Ficou com medo de pedir ajuda, mas daí veio uma outra enfermeira que ficou comigo até ele nascer.</p> <p>Chamo o filho para dar um beijinho na barriga da mãe</p> <p>Ao massagear a região lombar vejo que está muito tensa. Peço-lhe que solte o ombro, o corpo, não lute contra a contração, aceite-a.</p> <p>O nenê precisa de ar, respire fundo pelo nariz, mentalize coisas boas,</p>	<p>Fica surpresa positivamente.</p> <p>Precisava de um espaço para falar aquilo que a incomodou da vez passada.</p> <p>Eu quero que você fique comigo.</p> <p>O carinho do filho faz bem.</p> <p>O medo, a tensão</p> <p>As técnicas de relaxamento, além disso, produzem um diálogo silencioso.</p> <p>Necessidade de domínio do processo ou pelo menos de entendê-lo.</p> <p>Preocupação com o bebê.</p> <p>Ansiedade.</p>	<p>seus direitos. Não fez seu plano de parto.</p> <p>A ansiedade faz subir os níveis pressóricos, após foi visto que normalizou (120x80mmhg).</p> <p>Liberdade para fazer suas escolhas</p> <p>Ambiência contribui para uma atenção humanizada. Devendo ser um ambiente o mais próximo possível de sua casa.</p> <p>Trauma pelo maltrato institucional na experiência anterior.</p> <p>A presença genuína conforta.</p> <p>Na relação empática Alfa, fala de seus temores, deixando-a à vontade num ambiente tecnológico.</p> <p>O modelo tecnicista repercute no medo diante do processo de parir.</p>	<p>Valida o acolhimento.</p> <p>Medo gerado pela violência institucional.</p> <p>Cuidado que apóia emocionalmente.</p> <p>Valida técnicas</p>
--	--	---	---

<p>procure não se cansar, escute o que seu corpo pede, isso...de novo ...junto comigo, devagar (uma de frente para outra).</p> <p>Ser com e fazer com.Quando começar a contração me avise, vamos marcar quanto tempo dura e quantas contrações estão ocorrendo em 10 minutos. Estímulo ao protagonismo da mulher</p> <p>Está começando outra..., passou... Essa “durou 40”, será que o bebê está bem?</p> <p>Diz que não vê a hora de ter o bebê, se é a cara do pai.</p> <p>Silêncio, só o som da música, outra contração...presença</p> <p>Procuo conhecer a dinâmica familiar, mãe companheira, marido caminhoneiro, mora próximo ao centro, tem a cunhada como vizinha. Fala com orgulho da mãe</p> <p>Ai! Tá começando outra... Respira... Força...Coragem Passou, 45 segundos, viu foram 3/10' (40,40 e 45'')</p> <p>Estímulo a comparação</p>	<p>O diálogo silencioso e apoiador.</p> <p>Eu tenho pessoas que me apóiam, mas eu queria mesmo é minha mãe.</p> <p>Chama, pedindo atenção.</p> <p>A experiência anterior amedronta. Tinha expectativa de agora ser melhor ou pior, pois o outro teve bolsa rota 8 hs antes.</p> <p>Chamada pelo corpo que arqueia/respiração que descompassa.</p> <p>Mulher de fê sente o carinho e força da mãe que é muito piedosa.</p> <p>Percebo que simpatizou comigo e me vê como uma boa enfermeira e está se sentindo cuidada</p> <p>Trabalho porque preciso.</p> <p>Chama. É difícil protagonizar o TP. Sinto que preciso valorizar seu poder, ser mais. Se sente</p>	<p>As pesquisas apontam que a presença apoiadora e carinhosa da enfermeira são indicadores da satisfação das usuárias.</p> <p>A percepção da dor é uma experiência individual e subjetiva.</p> <p>O amor é o caminho. A tensão e o medo contribuem para intensificação da dor. Terapias alternativas para o alívio da dor, como massagens, banho morno, respiração tranquila, relaxamento são validados por Alfa, como cuidados que ajudam no bem-estar.</p> <p>É existência de uma rede de solidariedade diminui o risco de morte e de agravos.</p> <p>A dinâmica uterina dá</p>	<p>alternativas de relaxamento.</p> <p>Aprender juntas.</p> <p>Amor pela família</p> <p>O parto como uma vivência Sagrada.</p>
--	--	---	--

<p>com teu parto anterior, sentindo agora como mais suportável, inexperiência que a assustou ao sentir a perda de líquido. Permita-se uma experiência melhor, eu estou com você!</p> <p>Outra contração...e eu fazendo massagens e ela suportando melhor.</p> <p>A mãe correu acender uma vela e rezar para que dê tudo certo!</p> <p>Admira a profissão de enfermagem e gostaria de trabalhar nesta área...vá em frente!</p> <p>Trabalha como balconista numa loja de roupas. É comunicativa!</p> <p>Vamos juntas controlando a dor, ofereço parâmetro para medir a dor, de 1 a 10, o dez é o mais forte e o um é o mais fraco , que valor você dá para tua dor? Dou cinco.</p> <p>O parto é um momento difícil, é muito dolorido para algumas mulheres, ainda mais quando estão sozinhas, sem a presença de profissionais “amores” assim como você.</p> <p>Sozinha, fiquei perdida, não sabia o que fazer. Quando pedi ajuda ela não me deu, foi grossa e estúpida,dizendo que eu</p>	<p>forte, bem, a dor é suportável</p> <p>Sente medo do parto, e também se sente frágil. Minha presença a faz sentir-se melhor, mais amparada, mais forte.</p> <p>Trauma anterior... Tinha medo de ser maltratada agora também!</p> <p>Reconhece quem lhe ajuda e pede presença genuína.</p> <p>Buscando ajuda do altíssimo, percebendo a sua força.</p> <p>Trauma anterior.</p> <p>Que bom que você está aqui e me atendendo bem!</p> <p>O médico é a salvação! Ele vai tirar o nenê e eu vou parar de sofrer.</p>	<p>informações sobre a evolução do trabalho de parto e o fazer-com é uma forma de chamá-la a participar e comandar o processo e ser mais.</p> <p>A percepção de que agora está mais controlada dá mais ânimo e encorajamento.</p> <p>Está evoluindo rápido.</p> <p>O ritual transcendente do parto é uma necessidade e funciona enviando energia positiva para a parturiente</p> <p>Senso comum de que enfermagem é doação, cuidado.</p> <p>Necessidade de sobrevivência e conforto à família É decidida, não titubeia, a minha dor está na metade da intensidade que tive o outro.</p> <p>O medo está</p>	<p>A dor que descontrola</p> <p>O conforto das massagens.</p> <p>Energia positiva.</p> <p>Possibilidade de se expressar.</p> <p>É sofrido.</p> <p>A presença que apóia.</p>
---	--	--	---



<p>tinha que agüentar e não era para incomodar.</p> <p>Na hora H, eu agarrei no braço dela (outra enfermeira que foi legal comigo) e disse, por favor, fique aqui comigo!</p> <p>Ah! Outra... (silêncio) Concentre-se no canto dos passarinhos e se transporte lá pro céu... (risos)</p> <p>Assustaram-na: não vá gritar, porque as enfermeiras te judiam! Eu pegava o travessão e me sufocava: ah meu Deus! Daí eu andava de um lado para outro, me agachava na pia do banheiro.</p> <p>Eu tava com muito medo, mas agora eu tô bem mais calma, está sendo diferente.</p> <p>Teve hora que eu chamei a enfermeira, e disse: por favor chame o médico e tire de uma vez esse nenê que eu não agüento mais. Já estava desesperada.</p> <p>No primeiro estava com medo, assustada, não sabia o que ia acontecer, sozinha e ainda brigaram comigo.</p> <p>Sei que é difícil, mas continuaram me assustando: você vai ver! Aí eu dizia: ah!</p>	<p>Quero um cuidado atencioso, orientado e, portanto seguro e amoroso.</p> <p>Apelo à força divina neste momento que é tão misterioso para a humanidade. Eu tenho fé.</p> <p>Chamado pelo corpo que se expressa... Ofereço conforto, banho, água, energia...</p> <p>Chamado silencioso, preocupação com o bebê.</p> <p>Chamado: será que meu corpo vai voltar ao normal?</p> <p>Demonstra interesse, vínculo e maternagem.</p> <p>Chamado: quer atenção, carinho. Aproximo-me toco e converso.</p> <p>Lembrança permeada de dor/prazer também na amamentação.</p> <p>Influencias de crenças em sua</p>	<p>presente e cada mulher vivencia processo de parir dentro de sua singularidade.</p> <p>Violência institucional, assistência centrada no profissional e não na mulher. Profissionais tecnicistas, desempoderando a mulher</p> <p>É um momento de fragilidade e ela se vê sofrendo (socializada no modelo tecnicista).</p> <p>Qualquer coisa que se faça que se diga nessa hora é bem aceito se for com carinho visando acalmá-la.</p> <p>Foi amedrontada pela influencia sócio-cultural As conversas de comadre fantasiam dá medo. A violência institucional existe. O mal cuidado sufoca.</p> <p>Fazer com leva ao bem-estar e ser mais da mulher. Está diferente!</p>	<p>O medo que vem das histórias da comunidade.</p> <p>A hegemonia médica.</p> <p>É inevitável.</p>
---	--	--	--

<p>Seja o que Deus quiser, se Deus fizer isso comigo na hora eu consigo.</p> <p>Inquietude, posição desconfortável no cavaleiro após certo tempo.</p> <p>Ouvindo bcf, tá ouvindo o bebê? Viu? Tá tudo bem.</p> <p>Abertura para questionar: o que é essa linha na barriga? Esclareço.</p> <p>Revive em detalhes sua primeira experiência,</p> <p>O bebê tá mexendo! Calma bebezinho, você já acha a saída, não tenha medo de nascer!</p> <p>Amamentar, também foi sofrido (rachaduras, choro do bebê de fome) mas, eu consegui superar... Amamentei até 1 ano e meio</p> <p>Desmamou porque ele já não pedia tanto e depois não quis dar porque achei que fazia mal.</p> <p>Contração, respira, massagens.</p>	<p>prática cuidativa do filho.</p> <p>A dor está aumentando.</p> <p>Foi indiferente para Alfa.</p> <p>Preocupação e expectativa em ter um bebê perfeito e sadio.</p> <p>Chamado intuitivo: está tudo bem mesmo?</p> <p>Precisa ter segurança de que tudo está evoluindo de acordo com normal.</p> <p>Precisa de apoio e fortalecimento em sua capacidade de parir.</p> <p>Quer estar forte, com energia para o parto.</p> <p>Preocupa-se com o tamanho do bebê.</p> <p>Chamado: Será que vou agüentar! Resposta: Coragem, você consegue, sim,</p> <p>Sinto necessidade de sintonizar com o transcendente...</p>	<p>Hegemonia do poder médico ainda prevalece no imaginário popular. Desempoderada a mulher desempoderada também a enfermeira.</p> <p>Os aspectos emocionais e subjetivos na atenção ao parto repercutem mais na vivência positiva do parir.</p> <p>As conversas de comadres são fatalistas, numa sociedade amedrontada e desempoderada.</p> <p>Para acomodação fetal e ampliação do diâmetro da pelve é preciso mover-se, relaxar e descomprimir as estruturas doloridas.</p> <p>Os bcfs devem permanecer num ritmo só, entre 120/160 bpm, antes, durante e após a contração por 1'.</p> <p>Sinais da gravidez. Dúvidas após o pré-natal. Falta de atuação interdisciplinar e educativa.</p>	<p>A segurança no fazer com.</p> <p>O aprendizado, saber compartilhado.</p> <p>A relação com o bebê</p>
--	---	--	---

<p>A acompanhante curiosa, não apóia, quer fotografar, ver como é. Distraiu, atrapalhou.</p> <p>Pergunto se está tudo bem? Ansiosa por ver logo o rostinho do bebê.</p> <p>Escuto bcf, tranquilizo-a. Chamado: as contrações estão aumentando! Que bom, está evoluindo. Coragem!</p> <p>A dor tá 6,5 agora. Explico: o TP dá o tempo que o nenê precisa para se preparar para vir a esse mundo.</p> <p>Quer almoçar? Sim. Não decido por ela, deixo-a que faça suas escolhas.</p> <p>No diálogo sobre as indicações de cesárea da cunhada, reforço que nenhuma daquelas situações se aplica à vivencia dela.</p> <p>Ai! Meu Deus do céu! Tá cada vez mais forte... Respira! Pensa que cada minuto que passa fica mais perto.</p> <p>Enquanto faço massagens, também mentalizo e passo energia positiva para ela e a incentivo.</p> <p>Tá doendo muito!</p>	<p>Chamado: Intensifico u, estou desesperada. O controle disputa com o desespero. Minha postura é estar com e fazer com, buscando seu bem-estar e empoderamento.</p> <p>Chamado: me ajude! Sinto que é preciso atitude, movimento para encorajamento, em frente pego suas mãos, balanço junto, sinto seu corpo, respiro junto, fechamos os olhos.</p> <p>Está muito consciente no processo, o que adia o nascimento e aumenta o sofrimento.</p> <p>Respeito suas escolhas, embora sinta que ela está fraquejando, se colocando numa postura submissa. Explico cada passo, tranquilizo, procuro trazê-la para o comando...</p>	<p>Mãe por escolha.</p> <p>Preparar o bebê pô nascimento. Favorecer o vínculo, o encontro natural, tranqüilo e sem traumas.</p> <p>A experiência fortalece para o ser mais da mulher. Desta vez estou melhor preparada.</p> <p>Influências de crendices, o leite humano não estraga por não dar de mamar em 24 hs. Não é um leite enfebrado, nem azedo.</p> <p>Presença, relaxamento.</p> <p>Nesta hora o ambiente tranqüilo, a penumbra, o silêncio, favorece o encontro com a fêmea que existe dentro dela.</p> <p>Sentimento natural.</p> <p>Trago o partograma e demonstro o andamento do TP. Está tudo normal graças à tranqüilidade e confiança dela.</p>	<p>Medo-tensão-dor</p> <p>Ansiedade</p> <p>Apoio emocional</p> <p>O toque, seguro em suas mãos</p> <p>O conhecimento que dá segurança</p>
--	---	---	---

<p>Concentre em seu corpo, aceite a contração, solte seu corpo. Logo, chega! Acalma-se e alivia expressão, porém logo vem outra, e tudo de novo. Valorizamos cada cuidado: ausculto bcf mais vezes, fazemos DU de novo, ofereço água gelada, banho de aspersão, caminhada... Escute o teu corpo, faz o que ele te pede pra fazer.... A dor já passou de 10!</p> <p>Então tá perto... Só falta ele baixar... falo-lhe do processo de parir, do puxo...do corte... Convido-a a sentar-se no banquinho e na sua frente sente-me e segurando suas mãos juntas respiramos e a medida que sente a necessidade faz a força...</p> <p>Ajudo-a a levantar-se. Força, coragem, não vai desistir agora! Respeito seu tempo, não apresso. Faço o exame e percebo a dilatação completa só falta baixar mais um pouquinho. É cedo para irmos para sala de parto!</p> <p>Quer ir para sala de parto? Prefere ir andando ou maca? Não se sente capaz de ir andando. Tudo bem, então vamos. Preparo para o parto, touca, pro-</p>	<p>Sinto naquela fala uma tremenda angústia e pedido de ajuda Surge a duvida de si, será que vou conseguir, será que vou morrer?</p> <p>Chamado: aceita o processo, está mais calma e se concentra no expulsivo.</p> <p>Explico todo o ritual para tranquilizá-la.</p> <p>Essa proximidade, renova o ânimo, dá coragem!</p> <p>Chamado: o que eu faço? Relaxe, deixe teu corpo comandar, canalize tua energia.</p> <p>Reforço positivo...olhe os cabelos aqui...</p> <p>Alfa sabe o que fazer, a natureza age sobre seu corpo, porém o expulsivo é tenso.</p>	<p>Segundo as evidencias científicas, alimentação e ingesta hídrica não devem ser suspensas.</p> <p>Presença genuína, falar em cesária poderia desempoderá-la... Não é seu caso...</p> <p>Desafio: Diminuir o medo e a tensão para aliviar o sofrimento.</p> <p>Como cuidadora, devo ter segurança técnica no processo: evolução normal → cuidar do emocional.</p> <p>O conhecimento do processo. a presença, dá confiança e segurança para enfrentar o inevitável.</p>	<p>Cuidados de conforto.</p> <p>Apoio emocional</p> <p>O ritual que dá confiança.</p>
--	---	---	---

<p>pés, camisola...esperamos seu tempo para passar pra maca...oferecendo ajuda. J passa e com ar estarecedor, pega minha mão e diz:</p> <p>Eu tô com medo! Procura meu olhar e segura firme minha mão e diz de novo. Ai! Eu to com muito medo! Estamos aqui, não tenha medo de ser feliz, confia em ti! Nós vamos te ajudar! Só que é você que vai comandar, ok?</p> <p>Na sala de parto, apresento-a aos funcionários e vice-versa e ao pediatra, relatando brevemente de quem se trata. Realizo o ritual (paramento, preparo a mesa, preparo o campo) avisando-a o que farei.</p> <p>Tá aqui ele! Tá chegando o Otávio. Dá bem para ver os cabelinhos. Venha meu filho, não judie mais da mamãe! De novo, é agora aproveita a dor e ajuda teu nenê a passar!...Silêncio, relaxa...</p> <p>O corte que eu te falei, vai precisar para ajudar, posso fazer? Então agora eu vou fazer a anestesia. Vai sentir uma picada, solte o corpo, não se assuste.</p>	<p>Chamado: a ajuda que vc pediu, resposta vai ser preciso fazer aquele corte...</p> <p>Chamado...é assim mesmo? Estou fazendo certo.... Resposta: ok muito bem É assim mesmo, o Otavio tá aqui, ó!</p> <p>A realização, a compensação...</p> <p>Chamado...preocupação com o bebê... Resposta...escute o chorinho...essa cor roxinha é normal ....explico os cuidados de rotina...</p> <p>Momento singular...</p> <p>Chamado...e agora...o que eu faço... Resposta, relaxe, descansa, vai sair a placenta e vou fazer os pontos...</p>	<p>A intensificação da contração e a referência do puxo...são indicativos do início do período expulsivo...está próximo e ela não deve perder o controle.</p> <p>Medo de mergulhar no escuro, que representa o trabalho de parto.</p> <p>A mulher socializada no modelo tecnocrático, não se sente capaz de parir.</p> <p>Estar-com e</p>	<p>O medo de parir Cuidado carinhoso.</p> <p>A grande realização nasceu!</p> <p>Procedimento consentido foi respeitado.</p>
---	--	---	---

<p>Hum, hum...tá</p> <p>P. expulsivo: não pare porque já tá aqui, isso! Fico assustada com o tamanho do bebê e até tive um pouco de dificuldade na liberação do ombro...Vamos ajude mais um pouquinho para soltar o ombrinho, isso, respira! Muito bem, manda ar pro teu nenê...isso, taí, chegou o baita nenê. Seja bem vindo ... Chorinho, coloco o bebê sobre o abdomem da mãe e laqueio o cordão. Viu só! Taí. Nem acredito! Graças a Deus! Ele tá bem? O bebê recebe os primeiros cuidados pediátricos. Enquanto Alfa respira aliviada. Hum, ufa...meu filho! Emocionada, chora de alegria.</p> <p>Tá escutando o choro, ele já vem aqui com você. Nossa, eu me assustei com o tamanho dele... Ufa, que alívio... (diz Alfa)</p> <p>Agora relaxe, enquanto realizo os pontos. Aguardar o nascimento da placenta. Suspira, geme, dá gritinho de alegria... que grande! É ele que tá chorando! Sente a placenta saindo e quis vê-la. Explico Parece um fígado mesmo, e que veionas.</p>	<p>Chamado...curiosidad e sobre a placenta Resposta: explico.</p> <p>Empoderada sente que e capaz!</p> <p>Totalmente tranqüila, descansa soltando o corpo.</p> <p>Chamado: tão grande assim... ele tem problema? Resposta... Precisa de controle de açúcar no sangue... Por que...</p>	<p>convite para ser mais, respeito pela sua decisão, A mulher deve ser chamada para o protagonismo mesmo que tenha medo.</p> <p>Avalio e considero que está demorando e decido pela episiotomia após consentimento de Alfa.</p> <p>Precisa de fortalecimento para superar seus traumas... Lutar pelo seu sonho...ser mais.</p> <p>Está com medo, precisa de ajuda, precisa de mim...estou aqui, meu saber e minha presença está a sua</p>	<p>Deu muita força!</p> <p>A enfermeira ensina.</p>
--	--	---	---

<p>O bebê pesou 4145 gr. Alfa exclama: Nossa Senhora, que grandão, pensei que não ia ser tanto! Bebê GIG, abordo cuidados com bebe gig.</p>	<p>Reconhece, agradece se sente forte.</p>	<p>disposição...confi e em vc.</p>	<p>Favorece o acolhimento.</p>
<p>Ocorre o namoro entre mãe e bebê. Parabéns, viu como você é poderosa, nunca duvide, viu? Ah, graças a Deus e a você que foi muito legal comigo, obrigada.</p>	<p>Sente que pode tudo!</p>	<p>O ritual é uma forma de elaboração e dar o suposto controle da situação e suporte emocional ao profissional que atende. O domínio técnico é habilidade importante na assistência, tanto quanto a competência humana, a habilidade em se fazer presente, no diálogo genuíno para informá-la e empoderá-la.</p>	<p>Cuidar da família.</p>
<p>Oferecemos ajuda para colocar o bebê no seio, mas Alfa estava muito autoconfiante, sabendo o que fazer.</p>	<p>Quer tomar as rédeas de sua vida. Voltar a cuidar de sua família.</p>	<p>Acredite, ele tá nascendo...funcio na como palavras de auto ajuda para renovar suas forças e colocar seu filho no mundo...</p>	<p>Tudo bem, cuidado seguro.</p>
<p>E quando eu vou ter alta? Já quer saber?</p>	<p>Esclarece suas dúvidas agora</p>	<p>O reforço positivo é</p>	<p>Todo</p>
<p>E quantos pontos eu levei? Sabe como cuidar dos pontos?</p>	<p>Sente-se cuidada e orientada.</p>	<p>Retoma seus cuidados, reconhece os sinais de segurança. Está radiante.</p>	<p>Tudo bem, cuidado seguro.</p>
<p>No fazer com conferimos Greenberg. Deixa eu ver como é que está esse útero.</p>	<p>Necessidade de conforto, melhores acomodações.</p>	<p>Quer que valorize sua experiência... Não foi fácil... Consegui porque sou forte! O significado dessa</p>	<p>Tudo bem, cuidado seguro.</p>
<p>Nenê suga o seio logo que nasce, reluta para manter a pega, chorando e resmungando, mas a mãe leva jeito.</p>	<p>Quer que valorize sua experiência... Não foi fácil... Consegui porque sou forte! O significado dessa</p>	<p>O reforço positivo é</p>	<p>Todo</p>
<p>Passamos mãe e bebê pra maca, transportando-os para o quarto e lá acomodados receberam as visitas dos familiares que aguardavam ansiosos,</p>	<p>Quer que valorize sua experiência... Não foi fácil... Consegui porque sou forte! O significado dessa</p>	<p>O reforço positivo é</p>	<p>Todo</p>

<p>confiro os sinais de segurança e conforto e parabenizo-a novamente e à família...</p> <p>Não foi fácil... Porque nunca é fácil, né? Mas a recompensa tá aí, meu bebê lindo e saudável.</p>	<p>experiência é o filho concreto!</p>	<p>importante a todo momento.</p> <p>Nasce bem, com máscara cianótica facial, chora logo! O momento mais temido é também o mais lindo.</p> <p>Encharcada de ocitocina, a alegria não tem como expressar por escrito, só vendo em seus olhos.</p> <p>O acolhimento deste ser até então estranho, identificando-o como pertencente à aquela família tem repercussões em seu psique.</p> <p>Período de dequitação, atento para sinais da dequitação e avalio se houve laceração da episiorrafia.</p> <p>Bebê GIG, risco para hipoglicemia.</p> <p>Estabelece o vínculo, apego entre mãe e filho.</p>	<p>sofrimento compensa.</p>
---	--	---	-----------------------------



		<p>Valorizar o saber da mulher e oferecer ajuda caso ela queira.</p> <p>Empoderada.</p> <p>Puerpério: período de várias adaptações e cuidados.</p> <p>Evitar risco de hemorragias</p> <p>Abertura para melhorar seu bem estar.</p> <p>Parto como evento social, todos devem ser incluídos nesta vivência...rede de solidariedade para garantia da sobrevivência desta família, das necessidades materiais e emocionais.</p> <p>O descanso merecido, a recuperação.</p>	
--	--	--	--

**APÊNDICE B - SÍNTESE DAS CATEGORIAS  
CONVERGENTES DO PROCESSO DE PARIR ASSISTIDO  
PELA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: SIGNIFICADO PARA AS  
PARTURIENTES**

O SER PARTURIENTE E O DAR-SE A CONHECER EM SEU EXISTIR NO MUNDO VIVIDO		
<b>DISCURSOS PRIMÁRIOS</b>	<b>SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR</b> (intuitivo e científico)	<b>CATEGORIA CONVERGENTE REPRESENTATIVA</b>
<p><i>“Eu acho que dois filhos, tá de bom tamanho! “É, nós já estávamos pensando em ter outro filho!” (Theta)</i></p> <p><i>“Eu sempre pensei em ter só um filho!” (Beta)</i></p> <p><i>“Agora que tenho duas meninas e o menino, estou satisfeita, agora chega!”(Delta)</i></p> <p><i>“Eu trabalho como balconista numa loja, no começo não foi fácil, tinha receio de chegar nas clientes, mas agora... é a gente precisa trabalhar para ter aquilo que a gente precisa, o que as crianças precisam!”(Alfa)</i></p> <p><i>“Não tive como, porque daí eu trabalhei,...não podia, eu trabalhei até dia 30 de abril e fiquei só esse 23, 24 dias em casa e daí não pude participar das palestras, afinal, eu preciso desse emprego.”(Eta)</i></p> <p><i>“...Eu queria</i></p>	<p>Gestação desejada, mas não planejada para agora.</p> <p>Gestação sonhada mas não planejada.</p> <p>Gestação desejada e planejada</p> <p>Trabalho porque preciso!</p> <p>Trabalho porque preciso!</p> <p>Minha mãe é um exemplo de dedicação.</p> <p>A família deve estar unida nesta hora.</p> <p>Gravidez desejada e planejada.</p> <p>Gravidez desejada e não planejada.</p> <p>Gravidez desejada e planejada</p>	<p><b>O ser mulher e a escolha em ser mãe.</b></p>

<p><i>que minha mãe estivesse me acompanhando, mas ela tem que cuidar dos netos e da casa.” (Alfa)</i></p> <p><i>“Tinha hora que foi bom (ter o marido do lado), porque ele me convidava muito para eu andar...tinha hora que eu estava no meu limite, e ele me incentivou...não vamos mais uma voltinha...eu acho que foi bom. É importante o casal estar unido neste momento!” (Epsilon)</i></p> <p><i>“[...] demorei quase 7 anos para engravidar, mas, foi bem planejado, foi bem gostoso (saber que ia ter outro bebê). Antes mesmo de atrasar a menstruação eu fiz o teste de farmácia e deu positivo. Meu menino ficou feliz também...” (Eta)</i></p> <p><i>“Nos nossos planos, pensava em engravidar para ganhar em dezembro, mas foi um pouco antes, para abril, mesmo!”(Alfa)</i></p> <p><i>“Nós já estamos casados há um ano, e achamos que já era hora de termos um filho.”(Epsilon)</i></p>		
<p><i>“[...] tomava pílula e engravidei igual, eu não queria mais filho, mas daí aconteceu, eu continuava tomando e já</i></p>	<p>Gravidez indesejada.</p> <p>Gravidez indesejada</p>	

<p>tava grávida... Queria que acontecesse mas com uma pessoa que a gente vivesse bem...ou quando eu fosse mais velha..." (Gama)</p> <p>"[...] (falando sobre a gravidez indesejada) daí eu pensei, vou tomar um monte de pílula, né? Para descer..., daí pensei..., não! Daí eu faço laqueadura! Porque eu tomei uma vez... quando eu tive um aborto aqui, porque eu tomei bastante pílula e daí eu tive hemorragia..." (Zeta)</p> <p>[...] como é que nós vamos continuar juntos se a gente só briga? Eu já me separei dele uma vez, mas daí descobri que tava grávida e me obriguei a voltar, agora não sei, vamos vê o que é que eu vou fazer... eu vou ver se vou continuar com ele porque agora com duas crianças não dá! (Gama)</p> <p>"É eu tenho um problema muito sério,[...] tá difícil, mas vai mudar, eu vou mudar...esse ano eu vou dar um fim em tudo que tem na minha vida que não tá fácil, não dá, ou muda ou não muda nunca mais... porque eu estou acabada, estou me destruindo... não tenho nada! (Zeta).</p> <p>"[...] eu tirava</p>	<p>Crise conjugal, relação conflituosa.</p> <p>Crise conjugal, relação conflituosa.</p> <p>Gestação indesejada</p>	<p><b>O ser mulher e o ser mãe sem escolha.</b></p>
---	--	---

<p><i>o nenê do peito já pegava outra barriga. Espero que essa seja a última, porque não é fácil!”</i> (Iota)</p>		
---	--	--

O SER PARTURIENTE RECONHECE NA ENFERMEIRA OBSTETRICA UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO		
DISCURSOS PRIMÁRIOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR (intuitivo e científico)	CATEGORIA CONVERGENTE REPRESENTATIVA
<p><i>“Eu acho da minha parte, eu não sei, não tenho preconceito com os homens, mas eu já sou mais da parte das mulheres. A enfermeira mulher leva bem mais jeito, do que homem. Homem ele olha, te olha de novo, daí olha, aí ele pensa de novo. Às vezes ele olha a gente de novo no corredor, aí é complicado. Eu prefiro mulher.”</i>(Delta)</p> <p><i>“A gente vê que é melhor, se sente mais a vontade, porque com aquele rapaz eu não ia deixar ele colocar a mão em mim!”</i> (Gama)</p> <p><i>“Eu me senti muito à vontade com você aqui na maternidade”.</i>(Epsilon) <i>Deixava só com o esposo no BW, no banho, ficou com sua roupa a maior parte do tempo, tinha muito pudor.</i></p>	<p>Com mulher eu me sinto mais à vontade, com homem eu tenho vergonha!</p> <p>Eu tenho vergonha!</p> <p>Fiquei a vontade porque você me respeitou em minha intimidade.</p>	<p><b>A presença que respeita a feminilidade.</b></p>
<p><i>“[...] porque ele (o obstetra) foi bem</i></p>	<p>O teu exame foi mais delicado!</p>	

<p><i>grosso, ele chegou e fez aquele toque muito doído... doeu muito aquilo... (acesso de choro)... você fez o exame com tanto cuidado e ele foi estúpido... silêncio... choro... eu tava com medo dele!” (Eta).</i></p> <p><i>“[...] eu mesma tive (um toque) com o médico e um contigo, e foi uma diferença bem grande... o tratamento assim é mais delicado.” (Epsilon)</i></p>	<p>O tratamento foi mais delicado.</p>	<p><b>A prática da enfermeira obstétrica é mais delicada</b></p>
<p><i>“[...] eu tava preparada porque sabia... eu já tive um, mas eu queria que nascesse logo, mas como você falou... precisava de todas essas contrações para ele ficar na posição e massagear o canal para daí nascer!”(Eta)</i></p> <p><i>“[...] porque eu já há tanto tempo com dor e dor... mas é que nem você falou... nós viemos muito cedo e tem mulheres que demora mais e tem mulheres que o colo dilata mais rápido. Nada mais que normal.”(Epsilon)</i></p> <p><i>“Agora as contrações estão mais seguidas, a cada 5 minutos e duram quase 1 minuto, já tá chegando a hora.”(Alfa)</i></p> <p><i>“Eu fiquei impressionada assim, com o tamanho da placenta, aquela coisa, ela fica grudada ainda um pouco</i></p>	<p>Eu já tinha experiência e você me explicou, esclarecendo as dúvidas.</p> <p>O desconhecimento me deixou ansiosa, as tuas orientações me fizeram entender como se dá o processo.</p> <p>Tuas informações me fazem entender meu corpo.</p> <p>Aprendi muito, conheci a placenta, algumas coisas minha mãe me havia falado, outras agora vêm à tona e posso perguntar.</p> <p>Muito interessante como é a placenta, nem fazia idéia e agora finalmente pude ver.</p>	<p><b>O saber compartilhado da enfermeira obstétrica transmite segurança.</b></p>

<p><i>na parede? É que eu tive uma irmãzinha que ela tava com o cordão umbilical no pescoço e ela foi feito cesária e eu na hora logo pensei como que tava o cordão umbilical. Mas na hora daí eu vi que ela nasceu bem, que não teve nenhuma complicação e antes o coraçãozinho tava sendo escutado o tempo todo e tava tudo bem, né?”(Beta)</i></p> <p><i>“De todos os partos, essa foi a primeira vez que eu vi a placenta, parece um fígado, né?”(Zeta)</i></p>		
<p><i>“Se quiser dá pra controlar (o grito), porque o choro não vai resolver o problema, só que tem hora em que você não contém, que não dá para segurar o teu corpo na verdade, por mais que você tente, vem aquela vontade de soltar aquilo para fora. Eu soltei e achei que ajudou.”(Epsilon)</i></p> <p><i>“Há, é uma dor ruim, uma dor agonioza... dá vontade de tudo... de pular, de dançar, de correr! Só que assim... se a gente tiver fôlego, como você ensinou, alivia... A enfermeira ajuda a gente a não sofrer tanto!” (Zeta)</i></p> <p><i>“[...] me senti à vontade para gritar. Gritei quando eram bem fortes, assim, eu gritei bastante. Quando era menores as contrações, menos intensas</i></p>	<p>Não me senti tolhida ou reprimida para gritar, ou gemer.</p> <p>A dor aumenta a ansiedade e aí dá vontade de tudo, mas consegui me controlar.</p> <p>Nem tive noção de quanto gritei, só sei que soltei e foi bom... ninguém reclamou comigo.</p>	<p><b>A enfermeira obstétrica permite a expressão da dor.</b></p>

<p><i>eu só gemia bastante assim. Nossa senhora! Ai! ...não segurei nada. Eu até perguntei para tia: Eu gritei muito? Não, deu três gritos e, acabou-se (risos). Mas eu gritei forte demais? Ela disse assim: Ah, com a dor assim... você deu um grito mais forte, mas não que seja aquele grito exuberante, chato de escutar. Não, (o grito) foi para realmente ajudar. Não para, vamos dizer assim, chamar a atenção. Venham me acudir que eu estou passando mal.” (Beta)</i></p>		
<p><i>“Foi mais fácil para ganhar (esse), porque esse foi mais ligeiro, mas a dor foi forte igual... o outro demorou mais um pouquinho decerto porque era parto seco. Bom foi ter uma pessoa assim, preparada para atender a gente!” (Gama)</i></p> <p><i>“Eu sentia muita dor no pé da barriga, agora que eu sei que era pelo peso dele. Eu tava preparada porque sabia pelo que eu iria passar, mas tinha medo... porque eu já passei por uma, mas eu não sabia que seria tão difícil tão demorado. Você ajudou bastante para eu conseguir relaxar!” (Eta)</i></p> <p><i>“Há, eu queria ganhar logo, de acabar com tudo. Queria que nascesse logo, você ajudou bastante pois dessa vez</i></p>	<p>A presença de uma pessoa bem preparada deixa gente mais segura.</p> <p>A ansiedade e o medo eram grande, você ajudou bastante!</p> <p>A tua presença, ajudou em meu autocontrole.</p> <p>Iota só sorria, não deu um grito nem gemido.</p> <p>A tua presença verdadeira, segurando minhas mãos me deu coragem.</p> <p>Estava com medo,mas você do meu lado me tranquilizou.</p> <p>A tua presença faz suportar melhor a dor.</p> <p>A presença deixa a dor mais</p>	<p><b>A presença que deixa a dor mais fácil de suportar</b></p>



<p><i>consegui me controlar melhor!” (Zeta)</i></p> <p><i>“Senti mais dor nas costas... não foi fácil porque essa demorou mais, e você foi muito gentil comigo!” (Iota)</i></p> <p><i>“É uma dor que dá e passa, mas é preciso... só que não é fácil e você foi muito legal comigo, segurando minha mão e me dando coragem!” (Alfa)</i></p> <p><i>“Só no final que pegou para valer, e daí não estourava a bolsa pra nascer logo! Você com essa paciência e tranquilidade me deixou calma!” (Delta).</i></p> <p><i>“A contração é uma dor que não tem como descrever, é muito forte, mas também depois que nasce passa tudo como que por encanto. Eu me senti bem atendida!” (Beta)</i></p> <p><i>“É uma dor que consome a gente por dentro... não fosse por você e meu marido, seria muito mais difícil.” (Theta)</i></p>	<p>fácil de suportar.</p>	
<p><i>“As massagens nas costas foram muito boas e eu não queria que parasse.” (Alfa).</i></p> <p><i>“Aliviou! Foi ótimo! (se referindo às massagens relaxantes na região dorsal e cervical.” (Zeta).</i></p>	<p>As massagens me proporcionaram conforto.</p> <p>As massagens aliviam as dores.</p> <p>O banho e as massagens me ajudaram bastante.</p> <p>As massagens proporcionam o</p>	<p><b>O cuidado que</b></p>

<p><i>“O banho e as massagens eu consegui, mas andar eu não consegui... mas esses cuidados me ajudaram muito.”(Eta).</i></p> <p><i>“Ajuda... aquele lá...ele...tipo relaxa o corpo pra não ficar tão apreensivo.”(Epsilon)</i></p> <p><i>“Porque (caminhando, no banho, na bola) daí você disfarça...distrain...porque se você ficar só numa posição, você não agüenta! Fica olha, olha...tem que se distrair, você tem que pensar que aquela dor vai passar e ficar tudo beleza!” (Epsilon)</i></p> <p><i>“Naquela hora eu preferi ficar bem quietinha, sentadinha onde estava, não andar, procurar ficar quietinha assim, ouvindo o corpo. Senti assim, várias vezes. Aí, eu me embalava, mas daí eu falava assim mas, tá na hora de vim a outra, e quando eu pensava, já vinha.Gostei muito do banho. Eu recomendo o banho bem quente nas costas. Naquele momento assim bem tenso... Nossa, quando você fala aí em bem estar, nossa eu nem percebi ali que a bolsa estourou. E estourou ali bem na hora do chuveiro.” (Beta)</i></p>	<p>relaxamento.</p> <p>Esses cuidados ajudam a distrair, relaxar a mente.</p> <p>O banho produziu conforto, mas não quis andar.</p>	<p><b>proporciona bem-estar físico.</b></p> <p><b>bem-</b></p>
<p><i>“Chega uma hora em que você (pensa</i></p>	<p>Apoio emocional para não desistir.</p>	

<p><i>em desistir) ... daí vem você e põe uma coisa na cabeça... vamos, porque vai nascer... chega uma hora que você não quer mais... daí dá aquele ânimo...que vai nascer...então vamos!”(Epsilon)</i></p> <p><i>“[...] da outra vez, eu não tive uma enfermeira, assim ‘um amor’ aqui comigo...me apoiando e animando... Aquela hora em que eu agarrei firme a tua mão e disse que tava com muito medo! Você foi muito legal comigo me dando confiança!” (Alfa)</i></p> <p><i>“A mão de uma pessoa, acho que é mil vezes melhor do que aqueles ferros.”(Beta)</i></p> <p><i>“[...] o carinho com as pessoas... vocês são muito gentis e educadas... espero que continuem assim, tratando bem as pessoas.” (Iota)</i></p> <p><i>“O teu trabalho foi bem feito, porque nessa profissão o importante é isso que o que tem que fazer seja bem feito, eu me senti bem cuidada!”(Epsilon)</i></p> <p><i>“A enfermeira é quem ajuda, se a gente não souber como fazer à força a gente sofre mais? Ela ajuda, assim pra gente não sofrer tanto, é ela que ajuda bastante!” (Zeta)</i></p> <p><i>“Foi muito bom</i></p>	<p>Apoio e ânimo, tua presença deu confiança.</p> <p>O calor humano ajuda mais que qualquer coisa.</p> <p>O carinho faz a diferença no tratamento.</p> <p>Quando se trabalha com amor, tudo o que você faz é bom.</p> <p>A enfermeira dá força para gente.</p> <p>A escuta ativa que conforta.</p>	<p><b>O cuidado que proporciona bem-estar emocional.</b></p>
--	--	--

<p><i>ter conversado com você... estou me sentindo bem melhor, mais aliviada.”</i> (Zeta)</p>		
<p><i>“[...] foi bem bom (ter tocado a cabecinha quando estava nascendo). Apesar do medo de machucar a moleirinha dela, foi uma sensação boa do parto que eu vou lembrar sempre!”</i> (Beta)</p> <p><i>“Tá louco! Depois que eu ganhasse eu pensava que ia que ia capotar, no fim não, já peguei o nenê no colo ali mesmo sujinha, nem parecia que eu tinha passado por tudo aquilo de tão disposta que eu tava.”</i> (Epsilon)</p> <p><i>“Foi uma alegria muito grande...porque tudo justifica...depois que você vê o nenê... é uma alegria muito grande..., e passa num piscar de olhos, pronto nasceu!”</i> (Epsilon)</p> <p><i>“Olha, as contrações não são boas, mas o nascimento assim eu acho que é merecido. É um prêmio que a gente tem, a gente sabe que a gente tem que passar? Mas a recompensa está aí!”</i> (Beta)</p> <p><i>“Nossa Senhora, que grandão, pensei que não ia ser tanto! Haãmm, mas eu nem acredito que você está</i></p>	<p>Tocar a cabecinha do bebê foi acreditar que estava parindo!</p> <p>Nem acreditei, depois que ganhei fiquei tão forte que, tudo o que eu tinha passado não representou nada.</p> <p>É uma alegria muito grande, ver que você venceu e teu bebê tá ali.</p> <p>O parir trás a recompensa, o bebê e você!</p> <p>A mamãe é forte!</p> <p>Só consegui porque sou forte!</p> <p>Agora, depois do parto, ninguém me segura! Vou resolver meus problemas.</p> <p>Vou dar uma reviravolta em minha vida, chega de sofrer.</p> <p>Eu quero tomar injeção, eu não quero engravidar de novo.</p> <p>Sou protagonista em trazer uma vida a esse mundo.</p>	<p><b>O cuidado que proporciona o ser mais da mulher.</b></p>

*aqui (se referindo ao bebê), meu amor, judiou da mamãe, mas a mamãe conseguiu! A mamãe é forte, né!” (Alfa)*

*“Foi muito sofrido...nossa! Desde manhã eu tava com aquelas dores...mas valeu a pena! Eu sei que eu sou muito forte, senão não teria conseguido!” (Eta)*

*“[...] agora eu vou dar um jeito em tudo o que está de errado em minha vida, vou fazer a laqueadura, fazer isso... e aquilo...” (Zeta)*

*“Do jeito que a gente tá vivendo não dá mais pra continuar, eu vou ver o que é que eu vou fazer..., mas ficar assim não dá!” (Gama)*

*“É, agora não (não quer mais ter filho), por isso que eu quero tomar a injeção, nem que eu compre agora eu tenho que encontrar... porque não é fácil...” (Iota)*

*“[...] é um ser vivo que está vindo, é uma pessoa que está vindo, é uma vida que você está gerando, e se você for pensar por um lado (o parto) é difícil, por outro não é!” (Epsilon)*

O SER-PARTURIENTE E OS MEDOS E CRENÇAS QUE PERMEIAM O PROCESSO DE PARIR.		
DISCURSOS PRIMÁRIOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR (intuitivo e científico)	CATEGORIA CONVERGENTE REPRESENTATIVA
<p><i>“[...] quando eu tive o..., não era assim..., fiquei sozinha, vinha uma enfermeira estúpida, que dizia pra mim não gritar e fazer escândalo porque ia demorar e era assim mesmo!...eu lembro que eu andava pra lá e pra cá, eu entrei uma hora e daí as 3 horas eu apertei a campainha e não lembro o nome da enfermeira que veio, e ela fez toque as 3 horas da manhã e ela foi bem grossa e estúpida comigo e me disse assim que meu nenê ia nascer lá por perto de meio dia uma hora da tarde e Deus o livre se eu ficasse chamando toda hora... vai deixar a gente louca! Bem desse jeito ela falou pra mim, porque isso é assim mesmo tem que suportar as dores e não sei o que...ah, meu Deus!” (Alfa).</i></p> <p><i>“[...] é, no primeiro eu não sabia como ia ser, aí sentia as dores e ficava quieta, porque lá, no hospital X, tinha outra mulher que tava gritando e eles amarraram ela na cama, depois veio o Dr ... e me disse: viu, é só você não gritar, daí nós não vamos te amarrar! Aí eu fiquei</i></p>	<p>A violência institucional me traumatizou em minha primeira experiência de parir, eu fiquei sozinha, fui maltratada, não podia me expressar, tive medo.</p> <p>Fico quieta porque fiquei traumatizada de meu primeiro parto, caso “incomodasse” seria amarrada na cama.</p> <p>O tratamento é distante e impessoal.</p> <p>O parto institucional para minha mãe foi muito mais difícil que os partos domiciliares que ela teve.</p>	<p><b>O ser parturiente reprimida pelo medo de ser maltratada institucionalmente por experiência própria.</b></p>

<p>quieta...”(Iota)</p> <p>“Lá em ... parece que eles têm nojo da gente!” (Gama).</p> <p>“Ela me disse (se referindo à mãe que teve as três primeiras meninas de parto normal em casa e os três últimos meninos na maternidade) que é normal, porque ela teve meu irmão mais velho quando foi ter o primeiro piá no hospital ela também demorou, e que isso é normal, nem ligue, o meu também demorou, foi bem mais difícil...” (Epsilon)</p>		
<p>“[...] o nenê tava sentado e precisava ser cesárea porque ela estava ficando roxa e forçaram igual, falaram que aconteceu aqui, é verdade?... então, se não pode ter normal, tem que ter na marra?” (Gama)</p> <p>“[...] é tem gente que morre, não agüenta, e até morre, teve uma mulher lá de...,que morreu, sabia? Ela tinha problema do coração... daí ela fez muita força e o médico abandonou ela, daí morreu, ela era parente da minha tia...”(Gama)</p> <p>“[...] antes tempo morria muita mulher, porque tava em casa, e tinha muita infecção às vezes...” (Epsilon)</p> <p>“Minha mãe</p>	<p>Disseram que lá, na maternidade o parto tem que acontecer via vaginal de qualquer maneira.</p> <p>No hospital se complicar eles deixam morrer sem atendimento.</p> <p>O parto domiciliar é perigoso.</p> <p>Na maternidade o atendimento é desumano.</p> <p>Você vai ver que esse pode ser até pior que o teu primeiro.</p>	<p><b>O ser-parturiente reprimida pelo medo que provém do meio sócio-cultural da parturiente</b></p>

<p><i>disse: não vá gritar lá, porque as enfermeiras te judiam...” (Alfa).</i></p> <p><i>“Daí todo mundo me assustava, que um filho não é igual ao outro, você vai ver que um parto é diferente do outro... ou nasce rápido ou você sofre mais, que num você sofre mais que no outro e não sei o que, daí eu dizia... eu nem dava bola, ah! Seja o que Deus quiser, se Deus fizer isso comigo na hora eu consigo.” (Alfa)</i></p>		
<p><i>“E também, sem saber se o nenê está vivo ou morto porque tanta dor? E no hospital daí não, você sabe que está bem, vocês estão vendo.” (Epsilon)</i></p> <p><i>“[...] porque eu tinha medo de morrer...” (Gama)</i></p> <p><i>“[...] eu tava com muito medo assim, mas agora eu estou bem mais calma” (Alfa).</i></p> <p><i>“[...] eu vim sete vezes, uma vez eu vim por causa de tonturas, mas nos últimos dias eu sentia, assim...dor nas costas, dor na barriga, eu achei que era...daí eu fiquei tensa por causa da data, porque era para dia primeiro a sete, né? Mas daí passou, porque eu pensava que tinha que nascer naqueles dias né, eu pensava... daí o</i></p>	<p>Preocupação com o bebê, tanta dor será que ela tá bem?</p> <p>Parece que a gente vai morrer.</p> <p>Medo do inevitável, desconhecido processo de parir.</p> <p>Medo de passar da hora, ansiedade em enfrentar o inevitável a dor.</p> <p>Medo de sentir dor.</p> <p>Medo de parir, de se partir.</p> <p>É tão difícil parir que acho que não conseguirei sozinha.</p>	<p><b>O ser-parturiente reprimida pelo medo do processo de parir em si.</b></p>



<p><i>enfermeiro me explicou ali pelo...pelooo...(disco),[...]</i> (Eta)</p> <p>“Tinha medo, não relaxei, né... porque eu sabia que era difícil...” (Eta)</p> <p>“Eu estou com muito medo!” (Alfa)</p> <p>“Me ajude!”(Gama)</p>		
---	--	--

NO FAZER COM, O QUE PODE MELHORAR NA ASSISTÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DAS PARTURIENTES		
<b>DISCURSOS PRIMÁRIOS</b>	<b>SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR</b> (intuitivo e científico)	<b>CATEGORIA CONVERGENTE REPRESENTATIVA</b>
<p>“Eu, eu pediria só, um pouquinho mais de atendimento na admissão. É, que você fica sentada lá na cadeira, ficou em falta. Demorou um pouco pra eu ser atendida. Só isso, mais nada a reclamar. É ruim esperar nessa hora em que você está tendo contração. É, a gente quer atendimento. Tá certo que a gente tem que entender o profissional que está atendendo os pacientes que chegaram antes que a gente. Mas eu gostaria que melhorasse um pouquinho. Que tivesse pelo menos umas duas salas de admissão!” (Beta)</p>	<p>Agilidade na recepção pois é desconfortável esperar.</p>	<p><b>É preciso entender o tempo da parturiente</b></p>
<p>“[...] quando chegou aquela outra</p>	<p>Ambiente coletivo impede o relaxamento e tranquilidade da</p>	

<p><i>menina, chorando, aquilo me apavorou... eu pensava que...he, he... que ia ficar muito pior e que...também o nervosismo porque já há tanto tempo com dor e dor...daí apavorou...”(Epsilon)</i></p> <p><i>“Me marcou a música que tocava a hora em que eu fui para a sala de parto, era o tema do Airton Sena, me fazendo também me sentir vitoriosa, ao dar à luz.”(Theta)</i></p> <p><i>“o canto dos passarinhos deste CD, me fazem achar que eu estou em outro lugar, não aqui!”(Alfa).</i></p>	<p>parturiente.</p> <p>Pequenos cuidados que marcam momentos felizes.</p> <p>O ambiente agradável contribui para o conforto.</p>	<p><b>É preciso oferecer um espaço adequado à parturiente</b></p>
--	--	---

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL  
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787  
E-mail: nfr@nfr.ufsc.br  
Homepage: www.nfr.ufsc.br**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA<sup>3</sup>**

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar de uma Pesquisa que fará parte da Dissertação do Curso de Mestrado Interinstitucional em Enfermagem, sendo conduzida pela aluna Eliz Cristine Maurer Caus (pesquisadora principal) e orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável).

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar a minha vivência sobre o parto assistido pela enfermeira obstétrica, no Centro Obstétrico ou sala PPP da Maternidade dona Catarina Kuss, Mafra - SC. Esse estudo pretende colaborar na compreensão deste fenômeno segundo a visão da mulher (sujeito do cuidado) tendo como cuidadora, uma profissional que utiliza uma metodologia baseada na teoria humanista de Paterson e Zderad.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de observação e de entrevistas gravadas, e que as informações obtidas serão usadas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

<sup>3</sup> O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a minha pessoa ou ao cuidado de meu filho.

Sei que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que meu nome e o de meu filho não aparecerão em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo a mim ou a qualquer um dos integrantes de minha família. Também estou ciente de que poderei deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso o solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Caso eu concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em meu poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones (47) 3645-0238 (Pesquisadora Eliz Cristine Maurer Caus) ou (48) (Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos).

Florianópolis, \_\_\_\_\_

Assinatura da mãe do RN ou impressão digital

## APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048)3331.9480 - 3331.9399 Fax (048) 3331.9787 - e-mail:  
nr@nr.usfc.br



### DECLARAÇÃO

**DECLARO**, para os devidos fins, que não existe qualquer conflito de interesses entre pesquisador, sujeitos e instituição envolvida no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa: **“A VIVÊNCIA DE PARTURIENTES SOBRE O PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS”**.

Assim o afirmo, como pesquisadora responsável pelo projeto em questão.

Florianópolis, 27 de novembro de 2008.

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

## APENDICE E - ROTEIRO GUIA PARA O DIÁLOGO VIVIDO

EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS, “estar com” e “fazer com”, visando o bem-estar e o estar melhor da parturiente.

### - Na admissão

Olhar na carteirinha e obter os dados relativos história obstétrica anterior, realização de exames, intercorrências, ganho de peso, comportamento da PA, Tipo Sanguíneo, DUM concordante com ultrassonografia...

Verificar sinais vitais, bcf, dinâmica uterina, perdas vaginais, dilatação cervical pelo toque vaginal.

- Apresentar rotinas da instituição

Como se chama? Quem está chegando (nome do bebê)?

Se apresentar e colocar à disposição, falar um pouquinho da minha experiência.

De onde vem? É longe? Mora com quem? Veio como? Com quem deixou as outras crianças? Trabalha fora? Como se sustenta?

O que você está sentindo?

Como foi a gestação para você? Esse bebê estava nos planos? Explique: Perceber expressão facial (choro, dor, alegria, apreensão, preocupação, medo, euforia...), tique nervoso (roer unhas, manuseio de objetos, dedos e mãos inquietas, corpo impaciente se movimentando o tempo todo), presença do acompanhante, familiares ou significantes.

Me fale sobre tua experiência anterior... e, agora como você está?

O que pensa sobre o parto normal? Deu de mamá?

Como você sabe que está na hora do bebê nascer? Esclarecer e fazer com ela as continhas das semanas e gestação pela DUM e pela primeira USG.

Ao realizar procedimentos técnicos, relacionar com o cuidado, assim ao verificar PA, perguntar: têm alguém na família que sofre de pressão alta? E você já teve problema com a pressão e como aconteceu, como tratou?

Ao controlar BCF, perceber o ela já sabe e dispor de informações sobre o que é normal e o que não é e relacionar com a fase do trabalho de parto em que está, assim perguntar: você sabe quantas vezes o coraçãozinho do feto bate por minuto?

Ouvir atentamente como vinha percebendo suas contrações, quando iniciou, qual o ritmo e tempo delas ... diálogo que poderá ser reforçado enquanto se verifica a dinâmica uterina.

Como está sua umidade vaginal, percebeu algo diferente?

Solicitar sua ajuda e aguardar o momento autorizado para realizar o toque vaginal, sempre esclarecendo o porquê fazê-lo e como se dá a evolução.

Tem alguma dúvida que eu possa esclarecer? Alguma necessidade especial, familiar, hábitos alimentares. Discutir com ela rotina, normas da instituição.

Esclarecer objetivos e convidá-la para participar da pesquisa assinando o TCLE.

O que pensa sobre o parto atendido pela enfermeira obstétrica?

### **No pré-parto:**

Apresentação do ambiente, das pessoas que ali estão e dos materiais e objetivos destes, por ex: bola de bobot, carrinho para massagens, banquetinha, cavalinho, o chuveiro, a música...

Acompanhar a evolução do trabalho de parto pelo partograma.

O que acha de tudo isso? Alguém já tinha te contado que existem essas coisas aqui?

Como estão as contrações? O que mudou?

O que sente em teu corpo?

O que tem vontade de fazer?

Que tipo de musica gosta mais?

Vamos caminhar juntas?

Vamos respirar juntas, inspira e pensa numa rosa perfumada, isso..., expira e assopra uma vela acesa, isso... de novo, como se sente...

E teu companheiro, que acha dele aqui com você? De ele, assistir o parto?

Boca seca? Quer água, um suco geladinho e doce? Tens fome?

Como se sente ao fazer os exercícios na bola? Deita, pode recostar no meu peito ou no colo de teu companheiro.

Está cansada? Relaxa, solta os ombros, você quer uma massagem nas costas? Onde incomoda mais?

Vamos para o banho? A água morna nas costas vai te fazer bem.

Esclarecer dúvidas e evolução do trabalho de parto pelo partograma.

Como você se sente em relação a mim, quer que eu te dê um tempo sozinha com teu companheiro?

O que quer que eu faça para você se sentir melhor?

Vamos trocar os forrinhos? Viu como tá vindo muco, isso é normal...

Vamos escutar de novo o bebê e ver o que ele no diz? Tá tudo bem, esse batimento é normal...

Quanto tempo tá levando a contração? Quantas contrações estão vindo em 10 minutos?

Como está teu ânimo?

### **Na Sala de parto ou pré-parto - período expulsivo**

Onde quer ganhar teu bebê? Qual posição quer ficar?

Queres gritar? Ouça teu corpo, o que ele te diz?

Esclarecerei cada sinal, percebendo o nível de interesse e o grau de introspecção dela, pois sabe-se que no período expulsivo a mulher entra num transe e deixa o instinto agir sobre si.

Encorajarei e não forçarei para que faça força sem seu corpo pedir... assim no expulsivo...

Veja, o bebê já está aqui em baixo, quer tocar sua cabecinha?

Escute o coraçãozinho, tá tudo bem, falta pouco... O que você está pensando agora? Vai conseguir sim...deixa vir o bebê, chame ele(a) e diga para não ter medo de nascer...

Sabe como eu sei que tá pertinho do bebê nascer? Quando surge um bigodinho de suor na mãe.

O que acha daquele corte em baixo? Quer que eu não corte?

Se concentre no teu corpo, sinta-o, é o bebê que quer nascer, coragem, falta pouco, deixe-o vir com tranquilidade.

Você tá bem? Quer pegar seu bebê? Olhe que lindo! Fique com ele no seu peito para receber o seu calor e a sua proteção. Que choro forte... preciso secá-lo, aspirar essa secreção... se for o caso. Senão, deixe-o aí com você e não se preocupe em fazê-lo mama já de cara, o importante é vocês estarem juntinhos...

O companheiro que cortar o cordão umbilical?

Parabéns você conseguiu, como se sente agora?

### **Período de dequitação**

O que tá sentindo? Só falta nascer a placenta agora, você poderá sentir mais cólica e vontade de empurrar mais um pouquinho...

Já viu uma placenta? Quer ver? Mostrarei e lhe explicarei os detalhes.

Revisão e esclarecimento sobre a integridade do perineo e necessidade de pontos.

Relaxe, descanse...



**Período de Greemberg**

Você sabe o que aconteceu com teu corpo, com útero após o nascimento do bebê?

Quer que te ajude a colocar o bebê para mamar? Posso?

Porque o bebê deve mamar assim que nasce? Como você sabe que o bebê está mamando certo?

Algum problema? Está preocupada, o que sente?

Tá vendo? O útero deve estar nessa altura e durinho assim, senão vc sabe o que pode acontecer?

Esclarecer sobre o sangramento, avaliar condições do bebê e explicar à mãe (apgar).

Medidas de conforto, avaliação de sinais vitais, esclarecimentos.

O que significou para você parir esse filho? Como foi esse parto em comparação com o anterior ou anteriores.

O que poderia ser melhor?

O que eu como enfermeira poderia melhorar para atendê-la melhor.

## **ANEXO**

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO**

**Nº 352**

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que vem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**


**CESSO: 393/08 FR- 234526**

**TÍTULO: A vivência de parturientes sobre o parto assistido por enfermeira obstétrica: percepções e significados.**

**OR: Evangélica K. A. dos Santos e Eliz C. M. Caus**

**DE: Enfermagem/CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.**

  
 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)