



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA

**NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PROCESSO
PARTURITIVO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

TERESINA, PI

2016

GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA

**NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PROCESSO
PARTURITIVO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

Área de Concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

TERESINA, PI

2016

GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA

**NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PROCESSO
PARTURITIVO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em 21 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Inez Sampaio Nery
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente/Orientadora

Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 1ª Examinadora

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2ª Examinadora

Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais, Desterro e Raimundo Feitosa, pelo amor, pela dedicação e pelo incentivo. À minha irmã Gabriele, pelo companheirismo; e aos meus padrinhos, Mercês e Euclides, pelo exemplo de perseverança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais uma vitória em minha vida e por todas as graças alcançadas; por ter me proporcionado força e luz ao longo desse caminho; por, nos momentos difíceis, aumentar a minha fé para que me mantivesse firme para seguir.

A Nossa Senhora, por me cobrir com seu manto, livrando a mim e à minha família de todo mal e por sempre me guiar todos os dias, iluminando as minhas escolhas e fazendo-me seguir pelo caminho do bem.

Aos meus pais, Raimundo Nonato Feitosa e Maria do Desterro Teixeira Feitosa, pelo exemplo de vida, por me ensinarem o caminho de Deus e a importância da oração em nossas vidas. Pelo amor, pela dedicação e por acreditarem que esta conquista seria possível. Por todos os esforços que fizeram para me proporcionar a melhor educação e me tornarem a mulher que sou hoje. Obrigada por tudo, sem o apoio de vocês, isto não seria possível, esta vitória é para vocês. Amo muito vocês, meus pais.

À minha irmã, Gabriele Teixeira Feitosa, pelo amor, pela amizade e cumplicidade. Minha irmãzinha querida, que tenho como filha, admiro-lhe muito, pela sua inteligência e pela dedicação em tudo que faz. Eu amo você!

Aos meus padrinhos, Euclides Alves e Maria Mercês Feitosa, pelo carinho, amor e cuidado dedicado a mim todos esses anos de minha vida. Vocês são exemplo de perseverança e de determinação. Meus pais não poderiam ter escolhido pessoas melhores para ajudá-los em minha formação. Muito obrigada.

À minha prima-irmã Thamara Oliveira, pelo apoio e pelo incentivo. Por confiar e por acreditar em mim. A todos meus familiares pela força e por vibrarem comigo desde a minha aprovação, em especial, meus tios Neto Oliveira, Cruz Teixeira, Angélica Feitosa, Yuri Cláudio, Antonina Feitosa e meu padrinho Anilson.

Ao meu namorado, Henrique Santos, pelo amor, pelo companheirismo, incentivo, pela compreensão e paciência; por saber entender meus momentos difíceis e por ouvir as minhas angústias ao longo dessa trajetória; por me transmitir calma, com suas palavras de força. Te amo!

À minha amiga Elvira, por sempre acreditar em mim. Pela ajuda no decorrer desses dois anos e pelas palavras positivas: “Vai dar certo Gaubelíssima”. Às minhas amigas Lorenas: Lorena Felipe, pelos momentos de alegria e pela força; Lorena Rocha, duplete, pelo incentivo para realizar o mestrado e pelas oportunidades, como também ao seu esposo Marcelo; e Lorena

Karen, pelas orações e pelo apoio. Muito obrigada, minha amigas. À dona Lurdes, por acreditar nesta conquista, pelas palavras amigas nos momentos de desespero e, principalmente, pelas orações.

À minha querida orientadora, professora doutora Inez Sampaio Nery, pelos conhecimentos transmitidos, pelo carinho, pelo apoio e pela paciência. Muito obrigada, professora por confiar em mim e por todas as oportunidades proporcionadas. Aprendi muito com a senhora durante essa convivência, ensinamentos que me possibilitaram crescimento profissional e pessoal. Agradeço a Deus por tê-la como orientadora, uma mulher guerreira, forte, positiva e de fé, tudo isso me incentivou a seguir nos momentos de medo, de ansiedade; e a enfrentar as barreiras no decorrer dessa trajetória. Por aguentar meu perfeccionismo, pela disponibilidade e pelas orientações que tornaram a construção desta pesquisa possível.

Aos meus companheiros da Turma IX, pelas alegrias, pelas informações compartilhadas e pelos momentos de angústia divididos, em especial a Girlene, Inara, Allamy e Joaquim, a companhia e o apoio... Com vocês, foi mais fácil superar as dificuldades.

À Clara Fernanda, pelo seu auxílio na coleta de dados; e à Sherlly, pela ajuda no cadastramento do estudo na Plataforma Brasil.

À banca examinadora composta pelas professoras doutoras, Kleyde Ventura de Souza, Silvana Santiago da Rocha e Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, por aceitarem o convite para participar desta banca e pelas valiosas contribuições para a melhoria desta pesquisa.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pela competência e pela dedicação na condução desse Programa.

Aos servidores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial à Ruth, ao Rafael e ao Leonardo por sempre estarem disponíveis para nos ajudar e atender, com simpatia e paciência.

À equipe de enfermagem do Centro de Parto Normal onde ocorreu o estudo, pela receptividade, pela atenção e pelo auxílio, em especial às enfermeiras obstetras Simone, Érica, Márcia, Paula, Cilene, Laís e às técnicas em enfermagem Ozerina, Iara e Mary.

Às mulheres que aceitarem participar deste estudo, pela disponibilidade e por confiar a mim suas narrativas de uma experiência tão significativa, como também por me oportunizarem momentos enriquecedores para minha vida pessoal e profissional.

A todos os que torceram por mim, acreditaram e contribuíram de alguma forma para esta conquista. Muito obrigada!

“Hoje nós podemos entender que a capacidade de amar é em grande parte organizada e construída durante o período em torno do nascimento”.

(Michel Odent)

RESUMO

Com a implantação do modelo tecnocrático na assistência obstétrica brasileira, o parto se transformou de um evento fisiológico para um acontecimento patológico e favorável para realização de intervenções, muitas vezes, desnecessárias. Nesse sentido, a mulher perdeu a autonomia e o protagonismo no processo parturitivo; além de contribuir para que o país atingisse elevadas taxas de cesariana e de morbimortalidade materna e neonatal. Desde a década de 1980, o Brasil busca modificar essa realidade e instituir a humanização do parto. Desse modo, estimula a inserção de enfermeiras obstetras no cenário do nascimento, e a criação de Centros de Parto Normal (CPNs). Os objetivos deste estudo foram compreender as narrativas de vida das mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal e discutir a atuação da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto e parto normal. É uma pesquisa qualitativa, que utilizou o método Narrativa de Vida, e foi desenvolvida no Centro de Parto Normal de uma maternidade de referência situada em Teresina – PI, com a participação de 20 puérperas. A técnica utilizada para a produção dos dados foi entrevista narrativa e a análise foi realizada conforme o referencial metodológico de Bertaux. Foram elaboradas as seguintes categorias: A importância do acompanhante no processo parturitivo; Atuação da enfermeira obstetra e o uso de tecnologias não invasivas de cuidado; A vivência do parto no Centro de Parto Normal; A ressignificação do parto normal e o medo da cesariana. As participantes deste estudo relataram que a presença do acompanhante durante o processo parturitivo proporcionou segurança, tranquilidade, apoio emocional e físico, tornando a vivência do parto prazerosa. Destaca que as enfermeiras obstetras estimularam a participação ativa do acompanhante no decorrer do trabalho de parto e parto normal. Com relação às enfermeiras obstetras, as mulheres reconheceram a importância delas ao proporcionarem cuidado delicado, carinhoso e centrado em suas necessidades. Afirmam a paciência dessas profissionais em aguardar a evolução do parto, além do diálogo estabelecido, a realização de orientações e o uso de tecnologias não invasivas de cuidado que promoveram o relaxamento e o alívio da dor. Ao considerar a vivência do parto no Centro de Parto Normal, valorizaram a estrutura, a privacidade, e o conforto proporcionados por esses estabelecimentos. Realizaram comparações com partos anteriores, ocorridos em outros locais, assegurando que essa vivência atual contribuiu para desfazer marcas que foram deixadas pelo recebimento de assistência desumanizada em experiências passadas. Descrevem o medo da cesariana e que a dor do parto normal é intensa, porém suportável e momentânea. Assim, a partir das narrativas, concluiu que a vivência do parto no Centro de Parto foi uma experiência positiva para mulheres, que esse ambiente promove assistência humanizada e contribui para a revalorização do parto pela sociedade. E que a enfermeira obstetra é uma profissional qualificada, que presta cuidado holístico e individualizado, como também proporciona autonomia e protagonismo das mulheres no decorrer do processo parturitivo.

Palavras-chave: Enfermeira Obstetra. Parto Humanizado. Cuidados de Enfermagem.

Serviços de Saúde.

ABSTRACT

With the implementation of the technocratic model in Brazilian obstetric care, the childbirth has changed from a physiological event to a pathological event and favorable to the realization of interventions, often unnecessary. In this sense, women have lost their autonomy and protagonism in the parturitive process; In addition to contributing to the country's high rates of cesarean section and maternal and neonatal morbidity and mortality. Since the 1980s, Brazil has sought to modify this reality and institute the humanization of childbirth. In this way, it stimulates the insertion of obstetrical nurses in the birth scenario, and the creation of Normal Birth Centers (NCPs). The objectives of this study were to understand the life narratives of the women who experienced the parturition process in a Normal Birth Center and to discuss the performance of the obstetrician during normal labor and delivery. It is a qualitative research that used the Narrative of Life method and was developed in the Normal Childbirth Center of a reference motherhood located in Teresina - PI, with the participation of 20 puerperae. The technique used to produce the data was narrative interview and the analysis was performed according to Bertaux's methodological framework. The following categories have been developed: The importance of the companion in the parturitive process; Obstetrical nurse performance and the use of non-invasive care technologies; The experience of childbirth in the Normal Birth Center; The re-signification of normal delivery and the fear of cesarean section. The participants of this study reported that the presence of the companion during the parturition process provided safety, tranquility, emotional and physical support, making the experience of childbirth pleasurable. It emphasizes that the obstetrical nurses stimulated the active participation of the companion in the course of labor and normal delivery. With respect to obstetric nurses, women have recognized their importance in providing care that is gentle, caring, and focused on their needs. They affirm the patience of these professionals in waiting for the evolution of the delivery, in addition to the established dialogue, the realization of guidelines and the use of non-invasive technologies of care that promoted the relaxation and the relief of the pain. When considering the experience of childbirth in the Normal Delivery Center, they value the structure, privacy, and comfort provided by these establishments. They made comparisons with previous births, which occurred elsewhere, ensuring that this current experience contributed to undoing marks that were left behind by the receipt of dehumanized assistance in past experiences. They describe the fear of cesarean section and that the pain of normal birth is intense, but bearable and momentary. Thus, from the narratives, she concluded that the experience of childbirth in the Childbirth Center was a positive experience for women, that this environment promotes humanized assistance and contributes to the revaluation of childbirth by society. And that the nurse obstetrician is a qualified professional, who provides holistic and individualized care, as well as providing autonomy and protagonism of women during the process of parturition.

Keywords: Nurse Midwives. Humanizing Delivery. Nursing Care. Health Services.

RESUMEN

Con la implementación del modelo tecnocrático en la atención obstétrica de Brasil, el parto se convirtió en un acontecimiento fisiológico a un evento patológico y favorable para llevar a cabo las intervenciones, a menudo innecesario. En este sentido, la mujer perdió la autonomía y su papel en el proceso del parto; y contribuir al país alcanzó altas tasas de cesárea y la morbilidad materna y neonatal y la mortalidad. Desde la década de 1980, Brasil busca cambiar esta realidad y el instituto de humanización del parto. Por lo tanto fomenta la inclusión de las parteras en la escena del nacimiento, y la creación de Centros de Parto Normal (CPN). Los objetivos de este estudio fueron comprender los relatos de la vida de las mujeres que experimentaron el proceso del parto en un Centro de Parto Normal y discutir el papel de la comadrona en el parto y el parto vaginal. Se trata de una investigación cualitativa, que utiliza el método de la narrativa de la vida, y fue desarrollado en el Centro de Nacimiento de una maternidad de referencia ubicado en Teresina - PI, con la participación de 20 madres. La técnica utilizada para la producción de datos fue la entrevista y el análisis narrativo se llevó a cabo de acuerdo con el marco metodológico Bertaux. Las siguientes categorías se elaboraron: La importancia de acompañar el proceso del parto; Papel de la enfermera obstétrica y el uso de tecnologías no invasivas de la atención; La experiencia del parto en el Centro de Nacimiento; La reformulación del parto normal y el miedo a la cesárea. Los participantes en este estudio informaron que la presencia de la compañera durante el proceso de nacimiento, siempre y seguridad, tranquilidad, apoyo emocional y físico, haciendo que la experiencia del parto placentera. Se señala que las enfermeras obstetras alienta la participación activa de la compañía durante el trabajo de parto y el parto vaginal. Con respecto a las parteras, las mujeres reconocen su importancia en el suministro de cuidado suave, cuidando y centrados en sus necesidades. Dicen que la paciencia de estos profesionales a la espera de la evolución del parto, además del diálogo que se establece, la realización de las directrices y el uso de tecnologías no invasivas de la atención que promovieron la relajación y el alivio del dolor. Al considerar la experiencia de la luz en el Complejo de la natalidad, que valoraban la estructura, la privacidad y la comodidad proporcionada por estos establecimientos. Se hicieron comparaciones con los nacimientos anteriores que se produjeron en otros lugares, lo que garantiza que la experiencia actual ha contribuido a deshacer las marcas que habían quedado al recibir la asistencia deshumanizada en experiencias pasadas. Describir el miedo a la cesárea y que el dolor del trabajo de parto normal es intenso, pero soportable y momentánea. Por lo tanto, a partir de las narrativas, llegó a la conclusión de que la experiencia de nacimiento en el Centro de nacimiento fue una experiencia positiva para las mujeres, este ambiente fomenta la asistencia humana y contribuye a la mejora de la mano de obra por la sociedad. Y la partera es un profesional experto que proporciona atención integral e individualizada, ofrece la autonomía y el papel de las mujeres durante el parto.

Palabras clave: Enfermeras Obstetricas. Parto Humanizado. Cuidado de Enfermería. Servicios de Salud

LISTA DE SIGLAS

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiras Obstetras

BPM – Batimentos por minuto

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CPNs – Centros de Parto Normal

CPNi – Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar

CPNp – Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EACH – Escola de Artes, Ciências e Humanidades

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPP – Pré-parto, parto e puerpério

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UESPI – Universidade Estadual do Piauí

UFPI – Universidade Federal do Piauí

USP – Universidade de São Paulo

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização do problema e Objeto de estudo.....	14
1.2 Questões norteadoras e Objetivos.....	18
1.3 Justificativa.....	18
2 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	20
2.1 A realidade obstétrica, a evolução das políticas públicas e a humanização do parto e nascimento no Brasil.....	20
2.2 A inserção e o cuidado da enfermagem obstétrica no processo parturitivo.....	28
2.3 A contribuição dos Centros de Parto Normal para revalorização do parto.....	32
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 Tipo de Estudo.....	37
3.2 O Método Narrativa de Vida.....	37
3.3 Cenário do Estudo.....	40
3.4 Participantes do Estudo.....	42
3.5 Produção dos Dados.....	45
3.6 Análise e Discussão dos Dados.....	47
3.7 Aspectos Éticos e Legais.....	48
4 NARRATIVAS DE VIDA DAS MULHERES SOBRE O PROCESSO PARTURITIVO.....	49
4.1 A importância do acompanhante no processo parturitivo.....	49
4.2 Atuação da enfermeira obstetra e o uso de tecnologias não invasivas de cuidado.....	54
4.3 A vivência do parto no Centro de Parto Normal.....	64
4.4 A resignificação do parto normal e o medo da cesariana.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	86
Apêndice A – Formulário para entrevista.....	87
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
ANEXOS.....	91
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e objeto de estudo

A gestação e o parto fazem parte da vida reprodutiva das mulheres e são considerados momentos que provocam transformações biopsicossociais. São permeados por valores culturais, sociais e emocionais, além de representam episódios significativos e enriquecedores para as mulheres que os vivenciam, como também para seus familiares.

Historicamente, o nascimento era compreendido como um processo natural, e a arte de partejar era considerada uma atividade exclusivamente feminina, realizada por parteiras, que, embora não dominassem o conhecimento científico, eram reconhecidas pelas suas experiências e adquiriam saberes sobre o parto por meio da tradição oral, ou seja, o conhecimento era transmitido oralmente de uma geração para outra (SANTOS et al., 2011; SANTOS et al., 2012).

Com a incorporação da obstetrícia na prática médica, as parteiras se distanciaram do cenário do nascimento, e ocorreu um incentivo à hospitalização do parto nos países industrializados, inclusive no Brasil. Assim, esse deixou de ser um processo fisiológico e domiciliar e se transformou em um evento hospitalocêntrico (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

À medida que acontecia tais modificações no cenário do nascimento, a mulher também perdia a sua autonomia e o controle sobre seu corpo. Tornou-se, então, uma personagem passiva no trabalho de parto e parto normal, e novos elementos começaram a ser inseridos nesse acontecimento.

Tais mudanças se destacaram no final do século XIX, pois ocorreu a construção de maternidades, e médicos obstetras começaram a realizar campanhas nas quais se difundia a ideia de que as maternidades seriam lugares mais seguros para as mulheres darem à luz. Desse modo, a institucionalização do parto se consolidou em meados do século XX, configurando-se como um ato médico e patológico (SANFELICE et al., 2014).

Esse novo modelo de assistência obstétrica, denominado como tecnocrático, baseou-se no princípio de que o corpo feminino precisava de adaptações para corrigir o processo defeituoso do nascimento. Logo, para promover esses ajustes, a obstetrícia começou a desenvolver ferramentas e técnicas, o profissional médico assumiu o papel hegemônico da assistência e a parturição passou a ser de sua responsabilidade (CAUS et al., 2012; SANFELICE et al., 2014).

Nesse sentido, as mulheres passaram a se submeter às decisões médicas, às normas e às rotinas hospitalares. O parto se tornou favorável à realização de intervenções. As parturientes permaneciam isoladas em um ambiente desconhecido, também os familiares foram afastados da cena do nascimento, e, como consequência, o parto passou a ser vivenciado de maneira negativa.

Para Pinheiro e Bittar (2012), nessa situação, a mulher é vista como colaboradora e incapaz de entender o que ocorre com o próprio corpo. Dessa maneira, acontece a troca da sabedoria feminina, pelo saber médico orientado pela tecnologia. Tecnologia essa que, muitas vezes, é utilizada de maneira abusiva, em que coloca a mulher como um objeto da parturição e transforma esse momento, que seria algo renovador, intenso e permeado de alegria, em uma experiência fria e traumática.

Assim, se, por um lado, a hospitalização do parto e o avanço das tecnologias representaram uma evolução à saúde materna e neonatal, reduzindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal, por outro, resultou na submissão da mulher ao modelo biomédico e a sua exposição a procedimentos invasivos realizados de maneira desnecessária (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Sabe-se que essas intervenções são bem aplicáveis e melhoram a qualidade da assistência obstétrica em partos de alto risco, entretanto essa assistência medicalizada, muitas vezes, preza pelo comodismo dos profissionais de saúde, como exemplo, a cesariana, que, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, anestésica e da antibioticoterapia, tornou-se uma realização mais segura, a qual passou a ser executada de maneira excessiva e não somente quando possuía a indicação correta para um nascimento cirúrgico (VELHO et al., 2012; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Segundo Velho et al. (2012), o mesmo acontece na assistência aos partos de baixo risco, nos quais se utiliza de forma contínua práticas intervencionistas, o que dificulta a evolução do trabalho de parto, pelo fato de todas essas interferências causarem medo, insegurança além de traumas físicos e psicológicos. Nessas condições, a assistência à mulher durante o processo parturitivo se torna mecanizada, e as essências feminina e familiar, além do protagonismo da mulher neste momento são perdidos.

Nota-se que todas essas modificações levaram em consideração apenas o aprimoramento do conhecimento científico sobre o parto, como forma de torná-lo controlado e rápido. Entretanto o respeito à mulher, ao seu corpo, aos seus sentimentos e às suas decisões

foi esquecido. Por conseguinte a sociedade passou a entender que o parto é um evento que não depende da capacidade feminina de parir, mas, sim, das tecnologias aplicadas nesse momento.

A inserção e disseminação desse paradigma biomédico também difundiu a ideia de que as mulheres não precisariam sentir a “dor de parir” e que a cesariana seria a solução para isso, como também possibilitaria a realização da laqueadura e a manutenção do controle médico sobre o corpo feminino. Todos esses fatores contribuíram para gerar um sentimento de insegurança nas mulheres em relação à experiência da parturição. Isso ocasiona, muitas vezes, uma prática obstétrica preocupante: a cesariana a pedido, muito comum principalmente nos serviços privados (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Desse modo, a institucionalização do parto no Brasil ocorreu na década de 1940, e o uso inapropriado de procedimentos invasivos contribuiu para que o país apresentasse umas das maiores taxas de cesariana e índices de mortalidade materna e neonatal elevados. Ao analisar os resultados perinatais nacionais, apresentam-se dados preocupantes, por serem os piores quando comparados com valores encontrados em países com o mesmo índice de desenvolvimento socioeconômicos ou com índice inferior ao do Brasil. Outro agravante é o fato de mulheres que vivenciaram o parto normal relatarem ter sofrido algum tipo de violência obstétrica por parte da equipe de saúde (SANTOS et al., 2012; SANFELICE; SHIMO, 2015).

Essa situação demonstra uma incoerência, pois essas tecnologias foram desenvolvidas para promover melhorias na atenção obstétrica e reduzir a mortalidade materna e neonatal, no entanto a forma como são aplicadas, de maneira descontrolada, leva a uma realidade diferente e contribui cada vez mais para a fragmentação da assistência à mulher, em que é considerada somente a sua capacidade reprodutora, em vez de assisti-la holisticamente (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

O Brasil tem implantado e implementado uma série de estratégias ministeriais, como programas, políticas, leis e portarias, na tentativa de modificar essa realidade e de promover assistência obstétrica e neonatal de qualidade. Desse modo, busca-se sensibilizar os profissionais a adotarem a humanização na atenção obstétrica, a fim de proporcionar o resgate do parto e a autonomia feminina.

A esse propósito, o Ministério da Saúde estimula a incorporação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto desde a década de 1990, para a construção de um cuidado centrado na mulher, no recém-nascido e nos familiares, com mais estímulo à participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto normal. Esse incentivo segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual afirma que o parto normal realizado por

enfermeiras obstetra tem caráter menos intervencionista e sua técnica respeita a fisiologia do nascimento (SANTOS; RAMOS, 2012; VIEIRA et al., 2013).

De acordo com Velho, Oliveira e Santos (2010), as enfermeiras obstetras proporcionam uma assistência em todo o período gravídico puerperal com melhor custo e efetividade. Elas possuem competências e habilidades para avaliar riscos e reconhecer possíveis complicações ao longo desse período. No que se refere ao momento do parto e ao nascimento, são consideradas profissionais essenciais para propiciar um cuidado individualizado e holístico, possibilitando, assim, um modelo de atenção obstétrica humanizado.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde que merece destaque é a criação de Centros de Parto Normal (CPNs), que são unidades diferenciadas de cuidado no processo parturitivo. Nesses estabelecimentos, a assistência ao parto de risco habitual é conduzida pela enfermeira obstetra, e sua ambiência é desenvolvida para possibilitar bem-estar às mulheres (BRASIL, 2013a).

No Brasil, conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de outubro de 2016, existem 18 CPNs inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais três estão situados na região Norte, onze no Nordeste, dois na região Sudeste, um no Sul do país e um localizado na região Centro-Oeste. Ao considerar o quantitativo de CPNs no Piauí, existem dois em funcionamento na capital do estado, Teresina, e um no interior. Ressalta-se que todos foram instalados recentemente, sendo que o primeiro foi inaugurado em 2014 (BRASIL, 2016a; SESAPI, 2016).

Os Centros de Parto Normal se configuram como importantes locais para se atingir a humanização da assistência obstétrica. Eles buscam resgatar o parto como um evento fisiológico e familiar, no qual é proporcionado um cuidado direcionado às necessidades das parturientes, com autonomia, privacidade e respeito às suas decisões no decorrer do trabalho de parto e parto normal.

As evidências científicas mostram que mulheres que vivenciaram o parto nessas unidades apresentaram maiores taxas de parto vaginal espontâneo, menor percentual de episiotomia, maior número de períneo íntegro e redução de cesarianas, quando tais dados são comparados a partos assistidos em outros locais de assistência obstétrica (NICE, 2014).

Conforme Jamas, Hoga e Reberte (2013), são escassos os trabalhos que destacam a subjetividade das mulheres atendidas em Centros de Parto Normal. Os autores discutem sobre a necessidade de se desenvolver estudos que deem voz às mulheres, para que, assim, consiga-

se entender suas opiniões, como também avaliar a assistência que recebem nesses estabelecimentos.

De acordo com estas informações e diante do desafio que o país possui para modificar o modelo de atenção obstétrica vigente, faz-se necessário compreender a experiência do parto de mulheres que vivenciaram esse episódio em um ambiente diferenciado, o CPN, onde a enfermeira obstetra é a responsável pelo cuidado. Desse modo, delimitou-se como objeto de estudo as narrativas de vida das mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal (CPN).

1.2 Questões norteadoras e Objetivos

Com base nessas reflexões e mediante o objeto de estudo descrito, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: como as mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal descrevem essa experiência? Como as mulheres receberam a assistência durante o trabalho de parto e parto normal? De que forma as mulheres descrevem o cuidado proporcionado pela enfermeira obstetra no processo parturitivo?

Logo, ao considerar tais questionamentos, foram construídos os seguintes objetivos do estudo: compreender as narrativas de vida das mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal e discutir atuação da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto e parto normal.

1.4 Justificativa

A aproximação com a temática da pesquisa aconteceu durante a graduação em Enfermagem, na qual participei de um projeto de extensão realizado na maternidade onde o estudo foi desenvolvido. Durante este projeto, tive o primeiro contato com o CPN desse estabelecimento de saúde. O segundo foi em outra oportunidade, na qual realizei a supervisão de estágios com alunos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Percebi como nesse local a atenção ao parto era prestada de maneira diferenciada. Então, me despertou o interesse em aprofundar os conhecimentos na temática do parto normal realizado em CPNs e no cuidado prestado pelas enfermeiras obstetras. Destaca-se que o CPN da referida maternidade foi o primeiro instituído no estado do Piauí e representa uma conquista,

no tocante a lutas pela humanização do parto e à incorporação da enfermeira obstetra no cenário do nascimento.

Ao considerar que o parto é um momento único, pois, a partir dele, a mulher assume um novo papel, o de ser mãe, e que a vivência desse momento provoca uma cascata de sentimentos, como alegria, satisfação, ansiedade, medo, dentre outros, o estudo buscou ouvir e compreender como as mulheres vivenciaram esse acontecimento em um ambiente instituído para proporcionar um cuidado individualizado e holístico e o que elas têm a dizer sobre a sua experiência.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência obstétrica possuem um papel significativo na promoção de uma experiência agradável para as mulheres e seus familiares, pois a maneira como o processo parturitivo será conduzido pode repercutir de forma positiva ou negativa na vida reprodutiva da mulher, com possibilidades de deixar traumas psicológicos e físicos.

Então, identifica-se a necessidade do apoio de uma equipe compromissada em assistir a mulher de maneira humanizada e qualificada durante o trabalho de parto e parto normal, na qual se deve oferecer segurança, tranquilidade e auxílio ao longo do processo parturitivo, com o intuito de tornar este momento agradável e positivo.

Diante disso, deve-se promover um cuidado personalizado, ou seja, considerar que cada mulher possui suas particularidades. Por isso os profissionais precisam se adequar aos diferentes tipos de culturas, crenças e opiniões. Além disso, necessitam entender que o processo parturitivo é um evento natural, no qual a mulher é, sim, capaz de parir, e que estão na cena do nascimento para auxiliá-la e estimular a autonomia feminina.

Nesse sentido, o estudo pretende, a partir dessas narrativas, oportunizar às protagonistas desse acontecimento a expressão de seus pensamentos, de seus sentimentos, de suas expectativas e de suas críticas sobre o trabalho de parto e parto normal, como também em relação ao atendimento realizado pelas profissionais que prestaram assistência a elas. Logo, isso permitirá entender como as mulheres se sentiram nesse episódio; além de contribuir para melhorias na atenção obstétrica, com o objetivo de se obter mulheres satisfeitas com a parturição e resultados benéficos na saúde materna e neonatal.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 A realidade obstétrica, a evolução das políticas públicas e a humanização do parto e nascimento no Brasil

O processo parturitivo constitui um acontecimento fisiológico em que, na maioria dos casos, não há necessidade de intervenções. Nesse sentido, deve ser acompanhado de maneira não invasiva, sendo fundamental que os profissionais de saúde promovam uma relação de cuidado com a parturiente, além de compartilhar as decisões com a mulher e seus familiares, em que deve ocorrer o respeito aos seus direitos e o incentivo à sua posição de protagonista do parto (SOUZA et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera que 70 a 80% das gestações que acontecem em todo o mundo são consideradas de baixo risco. Além disso, muitas das de alto risco têm um curso normal da gravidez e do parto. Por isso sempre deve existir uma razão válida para interferir no processo natural do nascimento (PIMENTA et al., 2014).

Neste propósito, a OMS preconiza uma taxa de cesariana entre 10 e 15% do total de partos ocorridos, pois, com base na revisão sistemática e no estudo ecológico realizado em 2014 por ela, sobre a associação das taxas de cesáreas e os desfechos materno, perinatais e infantis, observou-se que taxas de cesarianas entre o intervalo estabelecido estão associadas com a redução da mortalidade materna e neonatal. Contudo, apesar dessa recomendação, o Brasil é conhecido como um dos países com maiores taxas de nascimento cirúrgico no mundo (OMS, 2015; MELO; DAVIM; SILVA, 2015).

Ou seja, os resultados obstétricos e neonatais são preocupantes no país. Isso demonstra o domínio do corpo feminino pelos profissionais de saúde, destacando como a assistência é mecanizada e centrada no uso de tecnologias duras, em que se preza pelo comodismo profissional e se submete a mulher à intervenção cirúrgica, muitas vezes, sem uma indicação verdadeira.

Tal afirmativa é ratificada quando se consideram as taxas de cesariana, que, desde a década de 1990, têm evidenciado um aumento consecutivo no país. Em 1994, apresentou-se um percentual de 32%, em 2000, de 38%, de 43% em 2005 e, pela primeira vez, no ano de 2010, ultrapassou-se a proporção de partos normais com um valor de 52%, chegando a 54% em 2011. Os dados mais recentes, de 2014, mostram que essa taxa se manteve em 52%, sendo que 88%

das cesarianas foram realizadas no setor privado, isto é, valores discrepantes dos que a OMS preconiza (PARIS et al., 2014; MAFETONI; SHIMO, 2015).

Ao considerar o quantitativo de cesariana em 2014 por regiões do país, a única onde os nascimentos cirúrgicos não ultrapassaram os partos normais foi a região Norte, que apresentou uma taxa de 47% de cesáreas, sendo, porém, uma quantidade ainda elevada. Nas demais localidades, as cesarianas excederam os partos vaginais. A região Centro-Oeste teve a maior taxa, seguida da Sul, da Sudeste e, logo após, da região Nordeste, que, do total de partos ocorridos no mesmo ano, 51% foram por via cirúrgica, sendo que o Piauí apresentou uma taxa de 53% (BRASIL, 2016b).

Observa-se, a partir desses dados, como a cesariana é realizada de maneira indiscriminada e como é aceita na sociedade com algo “normal”, sem risco ou complicações. Isso é reflexo da assistência oferecida às mulheres e do modo como o parto no Brasil é concentrado no profissional médico, sem a valorização feminina e de uma equipe multiprofissional.

Uma das justificativas do aumento dessas taxas é a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto, porém, segundo Melo, Davim e Silva (2015), as mulheres preferem o parto vaginal, e se submetem a uma cesariana por indicação médica. Tal afirmação também é confirmada no estudo realizado por Weidle et al. (2014), no qual ratifica que a falta de atenção humanizada e de apoio dos profissionais leva as mulheres a optarem pelo nascimento cirúrgico, assim como a falta de confiança feminina em acreditar na sua capacidade de parir.

Além disso, a transformação do parto normal ao longo dos anos no qual passou a ser assistido de forma desumana, vivenciado com sofrimento e medo, fez com que a cesariana fosse uma possibilidade para as mulheres fugirem desse parto visto com degradante, posto que submetem as mulheres a muitos procedimentos invasivos, sem seu consentimento, além de que permanecerem isoladas e são impostas a condições sem fundamentação científica como jejum, lavagem intestinal e restrição ao leito. Outra explicação é a cultura de que a qualidade da assistência esteja relacionada à utilização de tecnologias duras (BRASIL, 2014).

A cesariana era uma intervenção cirúrgica utilizada somente em mulheres mortas com o intuito de salvar a vida do bebê. Foi um procedimento desenvolvido para reduzir o risco de complicações maternas e neonatais. Sua indicação correta traz vantagens, porém sua realização de maneira generalizada, sem critérios bem delimitados, pode acarretar em riscos para o binômio mãe e filho, por se caracterizar como qualquer outra cirurgia e por possuir a capacidade

de gerar complicações anestésicas e acidentes operatórios (PATAH; MALIK, 2011; WEIDLE et al., 2014).

Sabe-se, mediante resultados de pesquisas, que existe associação entre o uso indiscriminado de cesarianas com a morbimortalidade materna e neonatal. Isso porque pode acarretar, para a mulher, risco de infecção puerperal, hemorragias, tromboembolismo, aumento dos dias de internação hospitalar, como também eleva o risco de placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia intraparto em gestações posteriores. Para o recém-nascido, observa-se a incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer, distúrbios respiratórios e possível associação com o sobrepeso na infância e adolescência, além do início do aleitamento materno ser tardio (OLIVEIRA, 2013; PARIS et al., 2014).

Entretanto existem mulheres que não são informadas sobre todas essas complicações que um nascimento cirúrgico pode provocar e acabam por decidir pela realização dele. Assim, cabe aos profissionais de saúde proporcionar informações às gestantes desde o pré-natal, alertando-as sobre os riscos da via cirúrgica, comunicando sobre as vantagens do parto normal e comparando-o com a cesariana.

Todas essas observações realizadas até o momento levam a reflexões sobre os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, que revela uma situação crítica na assistência obstétrica. O Ministério da Saúde, em 2009, por meio de um relatório sobre a situação da saúde no país, afirmou que mais da metade das mortes de mulheres e recém-nascidos acontecem durante a hospitalização da gestante para o parto, sendo que 70% das mortes maternas ocorrem por causas obstétricas diretas e 51% dos óbitos neonatais se relacionam com problemas resultantes do nascimento (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Contudo, apesar de valores tão alarmantes, por meio de programas e de políticas para melhorar a atenção obstétrica, o Brasil apresentou uma queda na mortalidade materna, passando de 120 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1999 para 69 óbitos com a mesma proporção de nascidos vivos em 2013. Mesmo com uma queda tão significativa, o país não atingiu o quinto objetivo do milênio, que seria o de alcançar, em 2015, uma razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos (RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015).

Segundo Leão et al. (2013), o cenário do nascimento brasileiro é de alerta, pois o adoecimento e a morte em certas situações ocorrem pelo uso excessivo e desnecessário de tecnologias duras no processo parturitivo, como, por exemplo, a cesárea de rotina no setor

privado e as interferências dispensáveis ao parto normal no setor público, posturas que não concordam com as recomendações baseadas em evidências científicas e que colaboram para reduzir a qualidade da assistência obstétrica no país.

Nesse sentido, o Brasil, declarou uma luta pela humanização do parto e nascimento, com o objetivo de transformar esses elevados índices e propiciar o renascimento do parto normal como algo fisiológico, ao incentivar os profissionais a tomarem condutas humanizadas e ao devolver à mulher o protagonismo da parturição.

A primeira tentativa ocorreu na década de 1970, com a criação, em 1975, do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que possuía a finalidade de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança. Em 1984, em resposta ao movimento feminista, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visava romper com exagerado intervencionismo sobre o corpo feminino e possuía como objetivos o aumento da cobertura ao atendimento pré-natal e a melhoria da assistência ao parto, apresentando, pela primeira vez, o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher, na tentativa de evitar o aborto provocado mediante a prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011a).

A proposta de humanização do processo parturitivo, no entanto, ainda se apresentava enfraquecida em relação aos demais planos de aperfeiçoamento à saúde feminina, pois o Brasil se encontrava em um momento político-social no qual os grupos feministas realizavam movimentos para a criação de políticas públicas que contemplasse todo o ciclo de vida da mulher, e não somente o lado reprodutivo. Apesar disso, já se pensava, mesmo que de maneira sutil, na redução do excesso de intervenções aplicadas à mulher no momento do parto.

Nessa perspectiva, o tema de humanização do parto e do nascimento ganhou importância em 1985, na cidade de Fortaleza-CE, onde ocorreu a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Parto, na qual participaram representantes da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nesse evento, houve a orientação de rever as práticas rotineiras realizadas durante o processo parturitivo, de estimular a autonomia e o protagonismo da mulher, além do estabelecimento da taxa ideal de cesariana (BRASIL, 2011b; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Desse modo, para minimizar as práticas intervencionistas inadequadas durante o trabalho de parto e parto, a OMS, em 1996, publicou um Guia Prático de Assistência ao Parto Normal, para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, no qual se apresentam práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, classificam em quatro categorias: a)

práticas claramente úteis e que precisam ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas; c) práticas com evidências científicas insuficientes para sustentar uma recomendação e que precisam ser utilizadas com cuidado, até a realização de novos estudos; e d) práticas rotineiramente utilizadas de maneira inapropriada (SILVA et al., 2013).

Em relação a essas quatro categorias, têm-se, resumidamente, condutas descritas a seguir. Na categoria A, o guia traz: monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto; ingestão hídrica durante o período parturitivo; respeitar o direito à privacidade da mulher no ambiente do parto, como também o acompanhante de sua escolha; liberdade de deambulação e posição; estimular, durante o trabalho de parto e parto, as posições não supinas; utilizar métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, tais como massagem e técnica de relaxamento; realizar monitoramento fetal com ausculta intermitente; dentre outras ações (WHO, 1996).

Na categoria B, a *World Health Organization* (WHO) (1996) estabelece como práticas que devem ser eliminadas, e que são enfatizadas aqui: o uso frequente de enema; a rotina de raspagem dos pelos pubianos; a adoção da posição supina durante o processo parturitivo e de massagens ou distensão do períneo durante o parto. Em seguida, na categoria C, destaca-se: o uso rotineiro de amniotomia precoce durante o início do trabalho de parto; pressão no fundo uterino; e manejo do polo cefálico no momento do parto. Por fim, na categoria D, observa-se: a restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto; exames vaginais repetitivos; uso rotineiro de episiotomia; cesariana; transferência da mulher de uma sala para outra no início do segundo estágio do trabalho de parto, dentre outras condutas utilizadas de forma inadequada.

Percebe-se que a OMS, desde a década de 1980, apoia a humanização do parto e do nascimento. Ela afirma que o objetivo da assistência obstétrica é promover um nascimento seguro, com o mínimo de interferências, em que é importante valorizar a fisiologia do parto e a harmonia entre os avanços tecnológicos e as relações humanas (CAMACHO; PROGIANTI, 2013; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Assim, o Ministério da Saúde, em 1996, institui o Projeto Maternidade Segura, o qual buscou qualificar os serviços de assistência obstétrica, para promover a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e incentivar os estabelecimentos de saúde a propiciar uma atenção humanizada (BRASIL, 2001).

Em seguida, para assegurar a inserção e a autonomia da enfermeira obstetra no cenário do nascimento, por ser uma profissional que OMS julga essencial para proporcionar a

humanização obstétrica, o Ministério da Saúde expediu a Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, que acrescentou na tabela do Sistema de Informações Hospitalares, do Sistema Único de Saúde (SUS), o parto normal sem distocia realizado pela enfermeira obstetra, como também a Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998, na qual permitiu a emissão do laudo de internação pela enfermeira obstetra (BRASIL, 1998a; BRASIL, 1998b).

Posteriormente, o Ministério estabeleceu, mediante a Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999, os Centros de Parto Normal (CPNs), que são estabelecimentos de saúde destinados ao atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, os quais atendem exclusivamente ao parto normal sem distocias e com o uso adequado de tecnologias (BRASIL, 1999).

Observa-se que, no Brasil, há reconhecimento das enfermeiras obstetras como coadjuvantes na humanização da atenção obstétrica e oferece, em conjunto com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o amparo legal para sua atuação no cuidado à mulher e ao recém-nascido no processo parturitivo.

Dessa maneira, ao acreditar que a humanização da assistência obstétrica é o elemento primordial para um acompanhamento adequado da gestação, do parto e do puerpério, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, o qual correspondeu a outra estratégia brasileira para reduzir a mortalidade materna e neonatal, além de proporcionar atendimento digno e de qualidade à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2000; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Tal Programa propõe que as unidades de saúde devem receber a mulher e seus familiares com dignidade, romper com o isolamento imposto à mulher e que os profissionais de saúde devem assumir uma postura ética e solidária. O PHPN também foi criado para aperfeiçoar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no que se refere à atenção materno e infantil (BRASIL, 2002; MONTE; RODRIGUES, 2013).

Em 2003, verificou-se a necessidade de inserir novas ações para contemplar a população feminina, como à atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas e vítimas de violência, e também a incorporação da mulher nas discussões relacionadas à sua saúde. Para isso, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que foi implementada em 2004 (BRASIL, 2004).

A OMS, desde de 1996, estimula a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, como também no PHPN. E, para garantir essa orientação, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, que regulamenta a Lei nº 11.108, de

07 de abril de 2005, conhecida como a “Lei do acompanhante”, a qual assegura às mulheres, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o direito a um acompanhante de sua escolha e autoriza ao estabelecimento de saúde a cobrança das despesas com o acompanhante de acordo com a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Logo depois, surgiu a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que trouxe o direito a toda gestante atendida pelo SUS de conhecer e de se vincular à maternidade onde será realizado o parto, e, nos casos de intercorrências no pré-natal, conforme a situação de risco gestacional, essa correlação ocorrerá na inscrição da gestante no programa de assistência pré-natal (BRASIL, 2007).

Posteriormente, é lançada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008, que se aplica a todo serviço de saúde no país que exerçam atividades de atenção obstétrica e neonatal, seja ele público, privado, civil ou militar. Esta Resolução determina que as unidades de saúde, onde se presta assistência obstétrica, sejam providas de infraestrutura física e de recursos humanos para a proporcionar um cuidado humanizado, com ambientes confortáveis e privados, equipamentos para o alívio não farmacológico da dor, profissionais treinados, assegurando também o direito da mulher a um acompanhante (BRASIL, 2008).

Atualmente, a Rede Cegonha é uma das principais estratégias instituída pelo Ministério da Saúde, criada por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, para garantir às mulheres – durante a gestação, o parto e o puerpério – a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, como também propiciar à criança o direito ao nascimento seguro e o acompanhamento de seu desenvolvimento até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011c).

Nesse sentido, tal Rede possui como objetivos promover a implementação de um novo modelo de assistência ao parto e ao nascimento, reduzir as mortalidades materna e infantil, especialmente no componente perinatal, e estruturar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança para garantir acesso, acolhimento e resolutividade. Essa estratégia do Ministério da Saúde é composta de quatro componentes: 1) Pré-Natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 4) Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação) (BRASIL, 2013a).

No componente “Parto e Nascimento”, ocorre o incentivo para a incorporação das boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento, baseadas em evidências científicas. Instituiu-se também a realização de acolhimento com classificação de riscos nos serviços de atenção

obstétrica e neonatal e a implantação de CPNs, de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, dentre outros elementos (BRASIL, 2013a).

Em 2013, surgiu a Portaria nº 904, de 29 de maio, para estabelecer as diretrizes de inserção e de habilitação de CPNs, no âmbito do SUS. Atualmente, esta Portaria foi revogada pela de nº 11, de 7 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015).

Como se pode observar, o Brasil, desde a década de 1980, tem realizado esforços no sentido de transformar o paradigma da assistência obstétrica e neonatal, entretanto o modelo que ainda se destaca no país é o biomédico, principalmente em hospitais de ensino, que deveriam ser os primeiros a desenvolver uma assistência humanizada e entender que o parto necessita de cuidados, e não de controle (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização obstétrica e neonatal tem como finalidades proporcionar uma experiência positiva da parturição para mulher, em que as unidades de saúde devem recebê-la com respeito e dignidade, como também a seus familiares, tendo em vista que os profissionais precisam escutá-la, favorecer a relação entre ela e o filho após o nascimento e possibilitar um conjunto de atitudes que visem à promoção do parto e nascimento saudáveis (VERSIANI et al., 2015).

Acrescenta-se, também, que o parto humanizado não é aquele no qual não se realizam intervenções, como muitos trabalhadores da área da saúde acreditam. Nesse tipo de parto, pode, sim, haver interferências, mas quando essas realmente são exigidas, por isso a necessidade de profissionais qualificados que saibam intervir na hora certa e de forma segura.

Além disso, a humanização do parto compreende possibilitar que as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas da parturiente sejam atendidas e respeitadas. Abrange também que ocorra a garantia de um parto seguro, no qual haja sempre o incentivo à autonomia da mulher durante o processo parturitivo e o respeito às suas escolhas, pois, para uma atenção humanizada, não se pode negar a autonomia feminina, assim como, o desrespeito às suas decisões e aos seus direitos (CARVALHO et al., 2012; VERSIANI et al., 2015).

Nesse sentido, diante da realidade do Brasil e da evolução das políticas públicas a favor da humanização do parto e do nascimento apresentadas, percebe-se como a situação do país é de alerta e os esforços nacionais para sensibilizar os profissionais da saúde a adotarem práticas humanizadas na atenção obstétrica e neonatal. Para isso, cabe aos profissionais e às instituições de saúde se adaptarem, aceitarem e apoiarem esse movimento, com o intuito de alcançar esse objetivo e, conseqüentemente, modificar os indicadores obstétricos.

2.2 A inserção e o cuidado da enfermagem obstétrica no processo parturitivo

A OMS e o Ministério da Saúde afirmam que é fundamental a inserção da enfermeira obstetra para o acompanhamento da gestação, do parto, do puerpério e ao recém-nascido, por ser uma profissional capacitada que presta um cuidado humanizado e é devidamente treinada para a detecção precoce de complicações (BRASIL, 2013a).

Para Caus et al. (2012) as enfermeiras obstetras desenvolvem um cuidado delicado, respeitam a feminilidade, transmitem confiança, incentivam a participação da parturiente durante o trabalho de parto e utilizam técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, sendo todos esses atributos valorizados pelas mulheres assistidas por essas profissionais.

Ao considerar a evolução e as conquistas dessa profissão, é importante destacar como ocorreu seu surgimento, os avanços alcançados e seu panorama atual. No decorrer de sua história, existe um ponto a ser esclarecido que gera dúvidas, que é a respeito das nomenclaturas que surgiram ao longo dos anos e que existem ainda hoje. São elas: parteiras, obstetizes e enfermeiras obstetras. Nesse sentido, para esclarecer essas denominações, é preciso retornar ao início de suas formações, pois possuem origem e exercício profissional diferenciados.

No Brasil, a formação de parteiras se iniciou no século XIX, vinculada às Faculdades de Medicina, nas quais se oferecia os cursos de partos. Porém, no final do mesmo século, os médicos começaram a sugerir que as parteiras fossem também enfermeiras. Então, no século XX, houve a eliminação dos denominados Cursos de Parto, e surgiu os Cursos de Enfermeiras de Maternidade, ligados às Faculdades de Medicina e que, no final deles, além do título de parteiras, as candidatas teriam também o de enfermeira especializada (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Desse modo, em 1939, foi inaugurado o Curso de Enfermagem Obstétrica, adjunto à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina. A condição imposta para a admissão das candidatas era a de possuir ensino primário, tendo, o curso, a duração de dois anos. O professor responsável pela formação da turma era o médico Álvaro Filho, que observou, durante a formação, a precariedade do conhecimento das participantes e propôs que elas deveriam iniciar o Curso de Enfermagem e, nos últimos três períodos, frequentar as disciplinas de Especialização Obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Assim, em 1949, as escolas de enfermagem começaram a formar enfermeiras obstétricas, sendo que aquela que possuísse o diploma de enfermeira poderia assistir ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, assim, obter seu título. Contudo as duas

formações ainda eram vigentes, tanto a de enfermagem, somada à posterior especialização, como a só de obstetriz, realizada nas Faculdades de Medicina. Isso gerou uma série de conflitos, pois as enfermeiras lutavam para consolidar a obstetrícia como uma especialização da enfermagem (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Então, na década de 1970, ocorreu uma reformulação das universidades brasileiras, e, a partir de 1972, a responsabilidade pela formação de enfermeiras obstetras e de obstetrites passou a ser exclusivamente das Escolas de Enfermagem. Todavia a de obstetriz foi extinta e, em 2005, ressurgiu na Universidade de São Paulo (USP), por meio da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), com o Curso de Graduação em Obstetrícia (AMORIM; GUALDA, 2011; RIESCO; TSUNECHIRO; LEISTER, 2011; NARCHI; SILVA; GUALDA, 2012).

Atualmente, as enfermeiras obstetras são formadas por meio de especializações e de residências pertencentes a várias universidades e faculdades do país. Como incentivo para a inserção dessas profissionais no cenário do nascimento, o Ministério da Saúde tem financiado cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, e, de 1999 a 2004, foram ministrados 76 desses cursos, dos quais 22 foram realizados na região Nordeste (COSTA; SCHIRMER, 2012).

De 2004 até 2016 também têm ocorrido cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, patrocinados pelo Ministério da Saúde com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e da Associação Brasileira de Obstetrites e Enfermeiros Obstetras - Nacional (ABENFO-Nacional) em conjunto com as seccionais de cada estado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Lei nº 7.498, de 1986, regulamenta o exercício da profissão e permite ao enfermeiro prestar cuidados à mulher no pré-natal, no parto e no pós-parto, como, por exemplo, a execução do parto normal sem distocia. Outros documentos que concedem o respaldo legal para essa profissão são: a Resoluções nº 339/2008, que foi revogada pela nº 478/2015, na qual se normatiza a atuação e a responsabilidade civil da Enfermeira Obstetra e da Obstetriz nos Centros de Parto Normal e/ou nas Casas de Parto; e a Resolução nº 477/2015, que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, às parturientes, às puérperas e aos recém-nascidos. Esses dois documentos, no entanto, foram revogados pela Portaria nº 0516/2016 (COFEN, 2008; COFEN, 2015a; COFEN, 2015b; ZVEITER; SOUZA, 2015).

Assim, a enfermagem obstétrica brasileira possui suporte legal e incentivo para sua atuação, porém ainda há necessidade de se formar mais profissionais. Observa-se, também, a falta de enfermeiras obstetras no setor suplementar à saúde, sendo primordial a sua incorporação

e a sua autonomia nesses estabelecimentos, sendo umas das vantagens a redução dos índices de nascimentos cirúrgicos.

De acordo com Narchi, Cruz e Gonçalves (2013), a OMS recomenda que deveria existir, para cada 125 nascimentos ao ano, uma parteira qualificada. Considerando essa afirmativa, o Brasil deveria possuir, no mínimo, 23.000 enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Conforme essa informação, observa-se a urgência da criação de novos cursos de especialização e de residência em enfermagem obstétrica, bem como da necessidade de fiscalização desses cursos, que devem preparar profissionais capacitados, com o desenvolvimento de habilidades que proporcionem um atendimento à mulher e ao recém-nascido de qualidade e humanizado.

As evidências científicas apontam que a participação da enfermeira obstetra no processo parturitivo está relacionada a menos intervenções e analgesias, bem como a uma maior satisfação das mulheres e dos familiares com a parturição. Em alguns países onde existem mais enfermeiras obstetras atuando no parto, ocorreu a diminuição das mortalidades materna e neonatal (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Nesse sentido, é essencial que o Brasil incorpore mais essa profissional no contexto do nascimento, pois é uma personagem diferenciada, que promove melhorias à saúde materna e neonatal. Deve-se oferecer incentivos à sua formação e maiores possibilidades de emprego, com a realização de concursos públicos na área e implantação de CPNs, além do fornecimento de cursos de atualização dos conhecimentos, por meio de educação continuada.

Ao considerar o cuidado que deve ser propiciado durante o processo parturitivo, faz-se necessário, primeiramente, compreender as dimensões desse cuidar, que, para Waldow e Borges (2011), na análise filosófica, é entendido como um modo de ser, ou seja, não existe ser humano sem o ato de cuidar. Os autores afirmam também que, para haver cuidado, é preciso o interesse pelo outro, e que ele pode ser a resposta à desumanização que ocorre nos dias atuais.

Dessa maneira, o cuidar aglomera atos, comportamentos e atitudes, além do conhecimento sobre o ser que será proporcionado o cuidado, para que, assim, interpretem-se suas necessidades e sejam atendidas de forma satisfatória. Portanto, tal conceito não se baseia somente nos procedimentos e nas técnicas utilizadas, mas, também, no interesse, na preocupação, na capacidade de se colocar no lugar do outro, na gentileza, no respeito, no querer proporcionar conforto e segurança, minimizar riscos e oferecer apoio (WALDOW; BORGES, 2011; PEREIRA et al., 2012).

Assim, ao apreender essas concepções do cuidado, observa-se como, no momento do parto e do nascimento, é essencial atender a todas esses princípios, pois é a chegada de um novo

ser e envolve vários aspectos particulares de cada indivíduo, bem como a significação atribuída a esse acontecimento por cada um deles.

Logo, o estabelecimento de uma relação de cuidado entre os profissionais de saúde, as mulheres e seus acompanhantes, no decorrer do processo parturitivo, é fundamental, na qual se deve estabelecer um diálogo adequado para que, assim, entendam-se suas necessidades, um ambiente tranquilo para favorecer a evolução desse processo, além de aceitar seus direitos e de informá-la sobre eles (SCARTON et al., 2015).

Percebe-se como o cuidado proporcionado pelas enfermeiras, durante todo o período gravídico-puerperal, busca atender e respeitar esses princípios, pois, além de elas possuírem habilidades técnicas, promovem um cuidado sensível, estabelecem uma relação de confiança com a parturiente, além de transmitirem segurança e tranquilidade (VERSIANI et al., 2013).

Ou seja, elas entendem que é um momento em que a mulher precisa de cuidados e em que o apoio é importante, pelo fato de que se encontra fragilizada e sensível. Outro aspecto que merece destaque é a atuação dessas profissionais na participação da elaboração de políticas relacionadas à melhoria da atenção obstétrica. Isso demonstra as suas lutas para a humanização obstétrica e o regaste do parto (MATTOS; VANDENBERHE; MARTINS, 2016).

Com essa finalidade, utilizam técnicas, conhecimentos e procedimentos que promovem conforto e são benéficos para a evolução do trabalho de parto e parto, tais como: compartilhar as decisões no planejamento dos cuidados; informar à parturiente as fases do trabalho de parto, com o uso de linguagem apropriada, para que ela entenda o que acontece com seu corpo, constituindo-se em uma técnica para minimizar o medo e a ansiedade; além de propiciar um ambiente acolhedor, onde ocorre o respeito à privacidade, à individualidade e à autonomia da mulher (NASCIMENTO et al., 2010; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Por conseguinte, essas atitudes concordam com as orientações do Ministério da Saúde, nas quais se afirma que, na assistência obstétrica, quando se tem mulheres e recém-nascidos saudáveis, as tecnologias leves devem prevalecer sobre as outras e que, mesmo em situações de riscos, cuja utilização das tecnologias duras e leves-duras são benéficas, estas não devem se justapor às leves, pois o cuidado e a observação direta potencializam os benefícios (BRASIL, 2014).

Com relação aos conceitos das tecnologias em saúde, tem-se que as leves são associadas às relações entre os prestadores do cuidado e os seus clientes. Já as leves-duras são as relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para se alcançar os resultados na

assistência. E as tecnologias duras se atribuem aos equipamentos, aos medicamentos e a outros instrumentos utilizados pelos profissionais (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, as tecnologias utilizadas pelas enfermeiras obstetras, durante o processo parturitivo, promovem a diminuição da dor e da ansiedade. Possibilitam o relaxamento e a participação ativa da mulher nesse processo. São as chamadas tecnologias não invasivas de cuidado, dentre as quais se pode citar: banho de chuveiro ou imersão com água morna, exercícios respiratórios, deambulação, massagens, uso de óleos essenciais, musicoterapia, aromaterapia, bola suíça, cavalinho, banqueta, barras de apoio, agachamento, conversa terapêutica, presença do acompanhante, dentre outras (FRIGO et al., 2013; ÁVILA, 2014).

Como se pode observar, o cuidado prestado por essas profissionais busca atender às necessidades da mulher e auxiliar no trabalho de parto e parto. Tem os objetivo de favorecer o protagonismo e a autonomia feminina no cenário do nascimento, além de possibilitar uma experiência menos dolorosa e mais positiva para a mulher e sua família.

Ressalta-se que as enfermeiras obstetras aceitam e estimulam a presença do acompanhante no processo parturitivo, inclusive possibilitam a sua participação ativa nesse episódio, no qual ele auxilia a mulher e também ajuda a equipe de enfermagem no desenvolvimento de algumas atividades. Tal conduta é reconhecida e valorizada pelas mulheres, que se sentem mais seguras. Segundo Souza e Gualda (2016), as enfermeiras obstetras, ao incentivar a presença do acompanhante na cena do nascimento, respeitam os direitos humanos e reprodutivos femininos.

Desse modo, percebe-se que as enfermeiras obstetras, há décadas, estão inseridas no processo parturitivo, e estudos mostram os resultados positivos da atuação delas, tais como a satisfação das mulheres, a redução de intervenções durante o parto e de nascimentos cirúrgicos nos locais onde promovem a assistência obstétrica. Ou seja, essas profissionais são essenciais para modificar a realidade em que o país se encontra e restaurar o parto como um evento feminino.

2.3 A contribuição dos Centros de Parto Normal para revalorização do parto

O ambiente em que o processo parturitivo é vivenciado corresponde a um aspecto importante para a promoção de uma experiência positiva desse momento. Com base nesse pressuposto, foram desenvolvidos os Centros de Parto Normal (CPNs), que são unidades

planejadas com o objetivo de promover tranquilidade, privacidade e bem-estar à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2013a).

Esses estabelecimentos de cuidado obstétrico possuem recursos que auxiliam no relaxamento e ajudam a aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto normal. Ressalta-se que são destinados à assistência ao parto de risco habitual e que a parturiente permanece, da admissão até a alta, sob os cuidados da equipe de enfermagem (SILVA et al., 2013).

Nesse sentido, esses ambientes são estruturados para que a mulher possa vivenciar o momento da parturição em um local similar ao domicílio. Assim, as parturientes possuem a liberdade de adotar a posição que desejarem durante o trabalho de parto e parto e permanecem ao longo da internação com o acompanhante de sua escolha, sendo as decisões referentes aos cuidados compartilhadas entre os profissionais de saúde e a mulher (BRASIL, 2014).

Ou seja, são locais onde o cuidado é centrado na mulher, na família e no recém-nascido. Neles, a equipe de enfermagem desenvolve uma atenção obstétrica humanizada e permite que a mulher vivencie a experiência da parturição de forma prazerosa. Desse modo, também contribuem para reconstruir a visão do parto normal e desmitificar o pensamento de que é assistido de maneira violenta e insensível.

Os Centros de Parto Normal são composto por quartos denominados de PPPs, que significa pré-parto, parto e puerpério, os quais são privativos, cada um sendo destinado à mulher, ao seu recém-nascido e ao seu acompanhante. Os CPNs devem, também, estar preparados para garantir assistência imediata à mulher e ao recém-nascido em possíveis intercorrências obstétricas e neonatais. Ao depender de como são estruturados, podem ser classificados em três tipos: CPN Intra-Hospitalar (CPNi) tipo I; CPN Intra-Hospitalar (CPNi) tipo II; e CPN Peri- Hospitalar (CPNp) (BRASIL, 2015).

O CPNi tipo I é aquele que está inserido nas dependências internas do ambiente hospitalar e que possui espaços físicos exclusivos, como sala de exames, posto de enfermagem, dentre outros. Com relação ao CPNi tipo II, também está incorporado no interior de uma maternidade, porém possui locais compartilhados com os outros setores, havendo, após o puerpério imediato, a possibilidade de se transferirem a mulher e o recém-nascido para o alojamento conjunto. E o CPNp deve estar localizado nas proximidades da maternidade de referência, a uma distância percorrida em menos de 20 minutos em transportes adequados (BRASIL, 2015).

Jamas, Hoga e Reberte (2013) defendem que o atendimento despersonalizado, a falta de informação sobre as condutas tomadas no decorrer do processo parturitivo, de suporte

emocional e de diálogo interpessoal são as principais queixas que geram insatisfação nas mulheres com relação ao modelo de atendimento convencional nos centros obstétricos. De acordo com os autores, o estudo realizado em um Centro de Parto Normal na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, demonstrou que as parturientes se sentiram satisfeitas, pois ocorreram o apoio contínuo, a atenção individualizada e as orientações durante o trabalho de parto e parto.

No Brasil, a implantação de CPNs faz parte das políticas públicas e corresponde a um dos componentes da Rede Cegonha. O país começou a aceitar essa ideia, de que os CPNs seriam importantes para modificar a assistência obstétrica, a partir dos resultados positivos alcançados por outros países que já possuíam esses ambientes alternativos de atenção ao parto bem difundidos e aceitos na sociedade.

A OMS também aconselha e estimula a inserção desses estabelecimentos diferenciados, ao afirmar que os CPNs são considerados como boas alternativas para gestantes de baixo risco vivenciarem a parturição. De acordo com Jamas, Hoga e Reberte (2013), o Governo brasileiro, em 1998, inaugurou a primeira casa de parto, e, a partir dos desfechos maternos e neonatais positivos, foi autorizada a criação de CPNs no país.

Apesar de essa primeira iniciativa ter ocorrido há quase 20 anos, países como Japão, França, Alemanha, Austrália, Suécia, Estados Unidos, Itália, Nova Zelândia e Reino Unido instalaram esse equipamento de saúde em 1980, ou seja, percebe-se o atraso do Brasil em relação a adoção dos CPNs, o que contribuiu para o alcance dos resultados obstétricos atuais (RIESCO et al., 2009).

Conforme as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2014), o planejamento do parto em Centros de Parto Normal assistido por enfermeiras obstetras é a melhor opção ao considerar os riscos e benefícios para à saúde materna e neonatal. Revisões da Cochrane também declaram que o parto nessas unidades é seguro e eficaz para mulheres de risco habitual (STAPLETON; OSBORNE; ILLUZZI, 2013).

Nesse sentido, diversos estudos internacionais realizados em CPNs de diferentes países têm apresentado resultados benéficos quando comparados a nascimentos em locais convencionais. Uma pesquisa randomizada desenvolvida na Suécia constatou que parturientes que vivenciaram o processo parturitivo no CPN manifestaram maior satisfação. E outro estudo, realizado na Austrália, demonstrou o cuidado personalizado e sensível prestado durante todo o trabalho de parto e parto normal nessas unidades (HITZERT et al., 2016).

Pesquisas executadas no Brasil também ratificam esses resultados e mostram que, nesses estabelecimentos, são utilizadas práticas de atenção ao parto recomendadas pela OMS.

Silva et al. (2013), em seu estudo sobre assistência em um Centro de Parto Normal, constataram que o uso cauteloso de ocitocina e episiotomia estão em conformidade com as evidências científicas, além dos resultados favoráveis, nos quais se apresentaram boa vitalidade neonatal no nascimento e baixas taxas de remoção materna para outras unidades.

Dessa maneira, observa-se a necessidade da instalação desses equipamentos de atenção obstétrica por todo o território nacional, para que, assim, cada vez mais mulheres tenham acesso a eles. Ressalta-se que, para ocorrer essa ampliação, faz-se imprescindível a formação das profissionais que atuam nesses ambientes, as enfermeiras obstetras, as quais ainda existem em pequenos números pelo país, constatando-se que, conseqüentemente, se não há profissionais em quantidade suficiente, não ocorre o investimento na criação de novos CPNs.

Por outro lado, existe um fator que dificulta o encaminhamento das mulheres para essas unidades, que se dá no momento da sua admissão na maternidade ou durante o pré-natal, pois os profissionais não as classificam como de baixo risco ou até mesmo desconsideram tal classificação, por acreditar que os cuidados ofertados nessas unidades não possuem tecnologias e equipamentos apropriados para assistir o parto, como também que não há a presença do profissional médico obstetra (STEEL et al., 2015).

Isso acontece, principalmente, pela cultura de que uma boa assistência está atrelada ao uso de tecnologias e à figura do médico. Além disso, nota-se a necessidade de qualificação dos profissionais para que executem uma classificação obstétrica de risco correta e eficiente.

Juntamente com a contribuição para a promoção do parto humanizado, os CPNs cooperam com a formação de novos profissionais, não somente na enfermagem, mas em diversas áreas da saúde, como fisioterapia, psicologia, medicina, dentre outros. Dessa forma, tais Centros se configuram como locais onde esses novos profissionais irão compreender como o processo parturitivo é de natureza feminina e como se pode assisti-lo de maneira não invasiva. Segundo Riesco et al. (2009), os CPNs se caracterizam como equipamentos de saúde essenciais, pois, além de esses ambientes incentivarem o desenvolvimento do cuidado sendo orientado pela concepção de que o parto é um evento fisiológico, eles também funcionam como apoio para o ensino e pesquisa.

Diante do exposto, verifica-se as vantagens dessas unidades de cuidado ao processo parturitivo, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Esses ambientes favorecem os aspectos físicos e psicológicos dos envolvidos no processo, contribuem para redesenhar o modelo de atenção ao parto, a partir dessa assistência prestada seguindo uma filosofia de cuidado diferenciada, além de formarem profissionais mais qualificados, modificando marcas

que ficaram na sociedade em decorrência da assistência mecanizada e desumana realizada durante muitos anos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Devido à área de interesse e ao objeto escolhido para a pesquisa, optou-se por um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou o método Narrativa de Vida. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de integrar questões do significado e da intencionalidade. É aplicável em estudos de opiniões, de valores, de crenças, de percepções, de relações e de representações. Utilizada em grupos e em segmentos delimitados, investiga problemas e questões específicas, como também é aplicada para a elaboração de novas hipóteses e variáveis.

O método Narrativa de Vida está inserido na pesquisa qualitativa, pois esse tipo de estudo se preocupa com os indivíduos e os seus ambientes em suas complexidades e se fundamenta no princípio de que os conhecimentos sobre eles só são possíveis com a descrição da experiência humana, da maneira como é vivida e definida por seus próprios atores (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

3.2 O Método Narrativa de Vida

É um método que prioriza as informações contidas na vida pessoal de indivíduos ou de grupos sociais. Tem como característica o caráter “humano” dos materiais recolhidos e o interesse pelo outro, por suas experiências de vida, e apresenta como principal característica o vínculo entre o pesquisador e o participante (BERTAUX, 2010; MORAES; NERY, 2012).

O termo “Narrativa de Vida” foi consagrado por Daniel Bertaux, sociólogo francês pioneiro na utilização desse método, pois, até então, a expressão utilizada era “história de vida”. O sociólogo americano Denzin, em 1970, apresentou a diferença entre os termos expressos na linha inglesa *life story* e *life history*. A primeira denominação é a estória ou o relato de vida, que se refere à narração de um fato que a pessoa vivenciou, caso em que não há necessidade do pesquisador confirmar a veracidade dos fatos, pois o essencial é a narrativa do indivíduo para a compreensão dos acontecimentos. E a *life history* que significa história de vida, é um estudo sobre a vida de uma pessoa ou de grupos e é muito utilizada em autobiografias e em estudos de caso, nos quais são exigido, além da narrativa de vida, documentos que possam ser consultados para comprová-la (BERTAUX, 2010; MORAES; NERY, 2012; REIS et al., 2012).

Segundo Bertaux (2010), a narrativa de vida utiliza uma forma específica de entrevista, a “entrevista narrativa”, assim denominada em razão de o pesquisador solicitar ao participante do estudo que ele conte toda ou uma parte de sua experiência vivida. Observa-se que a inserção do verbo “contar” é primordial, pois significa que o discurso do indivíduo assumiu a forma narrativa.

A narrativa de vida propõe ao pesquisador obter informações das experiências e das perspectivas dos participantes do estudo, por meio da voz da própria pessoa, dando a eles a liberdade para relatar livremente sobre uma experiência pessoal. Assim, sugere uma escuta comprometida e participativa, na qual o participante tem a oportunidade de reconstruir sua trajetória ao contá-la (SILVA et al., 2007).

Nesse sentido, quando se solicita que alguém conte sua história, ocorre um reconhecimento à individualidade, e, muitas vezes, “dar a voz” às pessoas excluídas da sociedade, como também o relato de uma experiência contado pelo próprio indivíduo que a vivenciou, permite ao pesquisador entender a realidade social, os valores e as definições do grupo no qual ele está inserido, ou seja, é um instrumento adequado para se obter informações sociais e culturais (MENEHHEL, 2007; REIS et al., 2012).

Segundo Spindola e Santos (2003), a narrativa de vida se interessa pelo ponto de vista do participante. Desse modo, o pesquisador deixa de ser o “ator principal”, o detentor do saber, e passar a dar voz ao participante da pesquisa, o qual dirá o que foi importante na sua experiência. Assim, esse método busca compreender a situação vivida de acordo com o modo como ela é relatada e interpretada pela própria pessoa que a vivenciou.

Com base nessas informações, fica claro que a narrativa de vida é o testemunho da experiência vivida, todavia tal relato é orientado pelo interesse de conhecimento do pesquisador que o escuta. Esse interesse é compreendido e aceito pelo participante da pesquisa desde o primeiro contato, no qual o pesquisador informa seu objeto de estudo e, mediante um filtro subconsciente, o indivíduo seleciona em meio ao universo de conteúdos de sua experiência aquilo que ele considera responder às expectativas do pesquisador (BERTAUX, 2010).

Assim, o método se inicia a partir do desejo do participante de contar a sua vivência, ao ser solicitado que ele a relate como preferir. É importante para a obtenção de depoimentos satisfatórios o estabelecimento de um vínculo, de uma relação de confiança entre o pesquisador e o entrevistado, pois se trata de um processo experimentando por este ao longo de sua vida, o qual envolve sentimentos, emoções e está estreitamente ligado ao seu contexto social (MORAES; NERY, 2012).

Essa relação estabelecida entre o pesquisador e o participante não torna o método menos científico, pois a realidade sempre será filtrada por um determinado ponto de vista do observador, o que não invalida seu rigor metodológico. Outro aspecto a ser destacado é que o participante da pesquisa discorre sobre um tema que possui completo conhecimento, por ser sua experiência de vida, tornando, assim, a descrição confiável (SILVA et al., 2007; REIS et al., 2012).

Dessa maneira, existem diferentes formas de se conhecer uma realidade, e um dos procedimentos mais comuns é ouvir o que os indivíduos que vivenciam ou vivenciaram uma situação tem a dizer sobre ela. Para a coleta das narrativas de vida, utiliza-se a entrevista narrativa, também denominada de entrevista aberta. Ela possibilita a condução da pesquisa pelos seus participantes, em que eles têm a liberdade de discorrer sobre o que consideram importante na vivência de alguma experiência que seja de interesse do pesquisador, e não respondendo perguntas pré-determinadas (GLAT; PLETSCHE, 2009).

Esse tipo de entrevista tem início com uma questão norteadora, como, por exemplo, “Fale sobre...”, “Conte tudo...”, devendo ser sempre aberta e ampla. Se algum ponto ao longo da entrevista não ficar claro ou algo interessante para o estudo não for abordado pelo participante, somente no final da conversa poderá ser solicitado que se retome o assunto em questão (BERTAUX, 2010).

Algumas atitudes durante a entrevista devem ser abolidas, como falar muito e interromper frequentemente, mas não é recomendado que nada seja expresso, como rosto impassível ou silêncio prologado. Portanto, é necessária uma escuta atenta, mas não passiva. Deve-se sempre demonstrar interesse por tudo o que o entrevistado relata, como balançar a cabeça de forma positiva manifestando compreensão e utilizar expressões que demonstram consentimento com o participante, mas nunca interferir na sua fala (BERTAUX, 2010; REIS et al., 2012).

Para se alcançar entrevistas satisfatórias, é importante que o pesquisador estabeleça contatos prévios com os entrevistados, para que se desenvolver a confiança e o desejo em contar sua experiência vivida. Além disso, é necessário que o pesquisador tenha conhecimento na área de interesse e conheça bem o cenário da pesquisa. O reconhecimento do campo da pesquisa e a realização de entrevistas prévias para avaliar a questão norteadora são fundamentais. A experiência de campo ajuda o pesquisador a melhorar suas habilidades de entrevistador, fazendo-o, assim, aprender a ouvir, a disciplinar seus impulsos e a formular boas perguntas no

momento adequado, como também as primeiras entrevistas têm como objetivo iniciar o pesquisador nas particularidades do fenômeno que ele escolheu estudar (BERTAUX, 2010).

Com relação à duração das entrevistas, não existe tempo estabelecido. O período varia de acordo com a disponibilidade do participante em relatar sua vivência, encerrando quando o entrevistado não tem mais nada a acrescentar. Da mesma forma, o número de participantes é finalizado quando se atinge o ponto de saturação, que corresponde ao momento no qual o pesquisador percebe que os relatos não acrescentam informações novas para a análise (GLAT; PLETSCHE, 2009; BERTAUX, 2010).

Segundo Bertaux (2010), a Narrativa de Vida possui três funções: a exploratória, cujo pesquisador se encontra na fase inicial do estudo, em que os primeiros relatos conseguidos funcionam para conhecer o campo da pesquisa, detectar possíveis falhas e aprimorar o instrumento da coleta; a analítica, no qual o pesquisador conhece bem o local da pesquisa, detectou alguns pontos importantes que precisam ser mais esclarecidos e orienta para eles o testemunho dos participantes; e a função expressiva, em que o pesquisador chegou à saturação dos dados em razão das narrativas já possuírem uma significativa parte de relações e de processos sociais. Destaca-se, ainda, que essas três fases são interligadas e se complementam.

Percebe-se que o método é importante para a enfermagem, pois se utiliza das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas, ao fornecer uma riqueza de detalhes sobre o tema escolhido. Isso se dá tendo em vista que as pesquisas na área da enfermagem têm buscado maior aproximação com os participantes, em que se pretende escutá-los, e não tratá-los como um simples objeto, além de proporcionar que eles assumam uma posição ativa no estudo e que realizem reflexões sobre sua vida, enquanto contam sua experiência (SANTOS; SANTOS, 2008; REIS et al., 2012).

Desse modo, a enfermagem, ao utilizar esse método, que promove uma escuta sensível, aplica as chamadas tecnologias leves do cuidado, as quais se mostram eficientes na promoção de uma assistência de qualidade. Ao mesmo tempo, os pesquisadores, como seres humanos e profissionais da saúde, desenvolvem a virtude de saber ouvir o outro sem julgar e sem realizar conclusões antecipadas.

3.3 Cenário do Estudo

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Parto Normal (CPN) de uma maternidade de referência situada em Teresina, Piauí. Tal maternidade foi inaugurada em

15 de julho de 1976 e possui um total de 248 leitos obstétrico e 167 leitos neonatais. É a maior do estado, sendo responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na capital, acontecendo, em média, 1200 internações por mês, das quais 900 corresponde a partos. A instituição é campo de estágio para a graduação e a pós-graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI), da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e de faculdades localizadas na capital. Oferece à comunidade assistência ambulatorial, atendimento de urgência e emergência, internação, como também a realização de exames complementares (SESAPI, 2016b).

O CPN da maternidade citada possui cinco quartos denominados de PPPs, que recebem essa denominação porque as mulheres permanecem nesse ambiente durante o pré-parto, o parto e o puerpério, até a alta, que ocorre, geralmente, no primeiro dia de pós-parto. O primeiro CPN dessa unidade de saúde em questão foi implementado no dia 12 de janeiro de 2010, porém foi fechado, e, posteriormente, em outro setor da maternidade, foi inaugurado o novo, no dia 18 de dezembro de 2014, onde se realizou a pesquisa.

Os PPPs possuem instalações adequadas para favorecer o conforto, a privacidade e o bem-estar às mulheres, aos recém-nascidos e aos acompanhantes. Possuem equipamentos que auxiliam a mulher, ajudam na evolução do trabalho de parto e parto normal, bem como no alívio da dor. São eles: o cavalinho, a bola suíça, a banqueta, as barras de apoio, o chuveiro com água morna e a cama de PPP. Cada um desses quartos possui uma identificação com nomes de pedras preciosas: Esmeralda, Safira, Rubi, Ametista e Opala.

A equipe que presta assistência no CPN é composta por 10 enfermeiras obstetras, 1 enfermeiro obstetra e 13 técnicas de enfermagem. Com relação aos indicadores, ao considerar o número de partos, aconteceram 397 partos em 2015 e, no ano de 2016, até julho, havia ocorrido 209 partos. Esse estabelecimento também contribui para a formação de novos profissionais, pois corresponde a um campo de estágio para alunos da Graduação em Enfermagem, da Pós-Graduação - Especialização e Residência em Enfermagem Obstétrica, como também para o Curso de Medicina, na disciplina de Neonatologia.

Nesse estabelecimento, existe um protocolo para admissão das parturientes. Elas são acolhidas de acordo com a classificação de risco e, se obedecerem aos critérios estabelecidos nesse protocolo, poderão ser encaminhadas para o CPN. Os critérios são: 1) gestante de risco habitual, na fase ativa do trabalho de parto, com idade gestacional de 37 a 41 semanas, apresentando os seguintes parâmetros – gestação única, apresentação cefálica fletida, batimentos cardíofetais dentro da normalidade (entre 120 a 160 batimentos por minuto (bpm))

sem desacelerações após as contrações, além de rotura de membranas até 10 horas no momento da admissão e 2) gestante com pré-natal e com os exames de rotina dentro da normalidade.

3.4 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram mulheres que vivenciaram o processo parturitivo no Centro de Parto Normal da maternidade onde a pesquisa foi realizada. Utilizou-se, como critérios de exclusão: mulheres que não possuíam capacidade de verbalização; não apresentavam condições cognitivas e mentais preservadas; menores de 18 anos; e, que não permaneceram no CPN até a alta hospitalar.

As puérperas que participaram da pesquisa receberam a denominação de “Depoente”, juntamente com um número ordinal que correspondeu à sequência das entrevistas. O número de participantes foi estabelecido no campo da pesquisa, perfazendo um total de 20 puérperas. Chegou-se a esse quantitativo a partir do momento que os objetivos do estudo foram respondidos, quando os relatos se tornaram repetitivos e não ocorreu mais o surgimento de novas informações no que se refere ao objeto estudado, chegando, assim, ao que Bertaux (2010) denomina de saturação dos dados.

O ponto de saturação é atingido quando as entrevistas não mais agregam conhecimento ao objeto social e o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo sobre o objeto da pesquisa, o que irá depender da qualidade das informações obtidas nas entrevistas (SPINDOLA; SANTOS, 2003; GLAT; PLETSCH, 2009; BERTAUX, 2010).

Para caracterizar as participantes do estudo, apresentam-se os perfis sociodemográficos e obstétricos de cada uma. Acerca dos dados sociodemográficos (Quadro 1), quanto à idade, ocorreu uma variação entre 18 e 34 anos. Com relação à situação conjugal/ estado civil, oito eram casadas, dez possuíam união estável e duas eram solteiras. No que diz respeito à religião, a católica prevaleceu, com treze mulheres pertencentes a ela, além das quais seis eram evangélicas, e uma, espírita.

No tocante à renda mensal, ela variou de um a cinco salários mínimos. Destaca-se que a metade do total das participantes possuía renda de dois salários mínimos, cinco participantes viviam com um salário mínimo, duas recebiam três, uma ganhava quatro e somente duas relataram receber cinco salários mínimos.

Quanto à ocupação/profissão, dez se declararam do lar, duas, artesãs; duas, estudantes; uma, gastrônoma; uma, cuidadora; uma, técnica em tecnologia de informação; uma, auxiliar

administrativa; uma, lavradora; e uma, operadora de *medical center*. Com relação à residência, a maioria residia em Teresina-PI, que totalizou uma quantidade de 15 mulheres, duas moravam em outras cidades do estado do Piauí como União e Água Branca. Outras duas eram provenientes de Santa Luzia e de Matões, cidades localizadas no Maranhão, estado vizinho. E uma participante residia em Bragança-PA e havia se programado para ter sua filha em Teresina, pois é onde mora sua mãe.

Sobre a escolaridade, as mulheres informaram possuir desde o Ensino Fundamental até o Ensino Superior, sendo quatro com Ensino Superior e três com Ensino Superior incompleto. Sete possuíam Ensino Médio; três, Ensino Médio incompleto; uma, Ensino Fundamental; e duas, Ensino Fundamental incompleto.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das participantes do estudo. Teresina (PI), 2016.

DP	Idade	Estado Civil/ Situação Conjugual	Religião	Renda Mensal (SM)	Profissão/ Ocupação	Residência	Escolaridade
01	34	Casada	Católica	04	Gastrônoma	Teresina/PI	E. S
02	32	Casada	Católica	02	Do lar	Matões/MA	E. M
03	26	Casada	Evangélica	02	Cuidadora	Teresina/ PI	E.S Incompleto
04	28	U. E	Católica	02	Artesã	Teresina/PI	E.F Incompleto
05	27	U. E	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E.F
06	30	Casada	Espírita	05	Técnica em Tecnologia de Informação	Bragança /PA	E.S
07	35	U. E	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E.M
08	34	U. E	Católica	02	Auxiliar Administrativa	Santa Luzia/ MA	E.M
09	18	U. E	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E. M Incompleto
10	18	Casada	Evangélica	01	Estudante	Teresina/PI	E.S Incompleto
11	29	Casada	Evangélica	05	Estudante	Teresina/PI	E.S
12	23	U. E	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E.M Incompleto
13	21	U. E	Evangélica	01	Do lar	Teresina/PI	E.M
14	24	U. E	Católica	01	Do lar	Água Branca/PI	E.M
15	21	U. E	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E.F Incompleto
16	22	Solteira	Católica	03	Artesã	Teresina/PI	E.M
17	18	Solteira	Católica	02	Do lar	Teresina/PI	E.S Incompleto
18	30	Casada	Evangélica	01	Lavradora	União/PI	E.M Incompleto

19	25	U. E	Evangélica	01	Do lar	Teresina/PI	E.M
20	25	Casada	Católica	03	Operadora de <i>Medical Center</i>	Teresina/PI	E.S

*Legenda: DP – Depoente; U.E – União Estável; SM – Salário Mínimo; E.S – Ensino Superior; E.M – Ensino Médio; E. F – Ensino Fundamental.

A respeito dos dados obstétricos (Quadro 2), no que se refere ao número de gestações, dez participantes eram primigestas, quatro eram secundigestas, também quatro estavam na terceira gestação, uma estava na quarta, e uma, na quinta gestação. Com relação à paridade, treze eram primíparas; duas, secundíparas; três mulheres vivenciaram três partos; e duas eram múltíparas, das quais uma pariu quatro vezes, e outra, cinco vezes. Destaca-se que as participantes do estudo não tiveram experiência com cirurgia cesariana e nem vivenciado o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal.

Quanto ao aborto, das vinte participantes, três tiveram abortos, sendo que uma delas vivenciou essa situação duas vezes, e as outras duas, uma vez. Acerca da idade gestacional que as participantes estavam quando admitidas em trabalho de parto, variou de 37 semanas e 5 dias a 41 semanas, obedecendo, assim, os critérios estabelecidos quanto à idade gestacional para a admissão no CPN da maternidade onde ocorreu o estudo. Sobre o número de consultas de pré-natal, ocorreu uma variação de 1 a 14 consultas. Ressalta-se que cinco depoentes (10,13,15,17 e 19) realizaram menos de seis consultas e as outras realizaram de 6 a 14, sendo que seis consultas correspondem à quantidade mínima preconizada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 2. Dados obstétricos das participantes do estudo. Teresina (PI), 2016.

DP	Gestação	Parto	Aborto	Idade Gestacional (Semanas)	Consultas de Pré-Natal
01	03	01	02	38s 5d	14
02	05	05	-	37s 5d	08
03	01	01	-	38s 6d	08
04	03	03	-	40s	09
05	02	02	-	39s 3d	09
06	02	01	01	40s 2d	10
07	02	02	-	39s 4d	11
08	03	03	-	40s 4d	06
09	01	01	-	39s 4d	07
10	01	01	-	39s 4d	02
11	01	01	-	39s 4d	10
12	03	03	-	41s	08
13	01	01	-	38s 4d	05
14	01	01	-	37s 5d	08
15	01	01	-	38s	01
16	01	01	-	39s 4d	08
17	01	01	-	41s	04

18	04	04	-	40s	09
19	01	01	-	39s	05
20	02	01	01	38s 3d	11

*Legenda: DP – Depoente

3.5 Produção dos Dados

Para elaboração dos dados, utilizou-se a entrevista narrativa, na qual as participantes tiveram a oportunidade de discorrer livremente sobre a temática. Para caracterizar as participantes e auxiliar a pesquisadora na coleta dos dados previamente, elaborou-se um formulário (APÊNDICE A) que foi dividido em duas partes. A primeira possuía dados sociodemográficos das participantes: idade, estado civil/situação conjugal, religião, renda familiar, ocupação/profissão, residência, escolaridade e dados obstétricos: número de gestações, abortos, partos, idade gestacional que estavam quando admitidas em trabalho de parto e o número de consultas de pré-natal que realizaram.

A segunda parte, com a questão norteadora “Conte-me tudo que ocorreu com a senhora desde a admissão na maternidade e aqui no Centro de Parto Normal até este momento”. A validação desse formulário ocorreu com duas entrevistas, em que foi possível perceber que a questão norteadora estava compreensível e que proporcionou a ambientação da autora com a técnica de entrevista que o método propõe. Durante as entrevistas, a pesquisadora somente interferiu quando necessário, para estimular a fala da participante ou em algum ponto que não havia ficado claro, no sentido de responder aos objetivos da pesquisa.

Antes de iniciar a produção dos dados, a autora deste estudo, durante dois meses, passou por um período de ambientação, na qual realizou visitas ao CPN, para conhecer a estrutura, normas e as rotinas do setor, como também a equipe de profissionais, e, só a partir desse reconhecimento de campo, as entrevistas foram iniciadas. A produção dos dados ocorreu no período de 15 de junho a 11 de agosto de 2016. Destaca-se que, no decorrer desse período, dos cinco quartos PPPs, somente três estavam em funcionamento.

Para proporcionar uma relação de confiança e de aproximação com as participantes, realizaram-se de dois a três contatos prévios à entrevista com cada uma, nos quais a pesquisadora acompanhava a equipe de enfermagem que prestava assistência às parturientes e às puérperas, conseguindo, assim, estar presente em alguns momentos do trabalho de parto e parto normal de nove participantes. Esse contato prévio foi importante, pois possibilitou realizar a familiarização com as mulheres do estudo e, desse modo, favorecer a condução da entrevista, como também na obtenção de relatos ricos em informações e sentimentos.

De acordo com Bertaux (2010), a entrevista será satisfatória se você já encontrou o participante antes e trocou ideias com ele, pois, assim saberá com quem irá tratar no momento da entrevista. Quando o entrevistado e o pesquisador não se conhecem, provoca-se incômodo, sobretudo ao entrevistado. Isso ocorre pelo constrangimento de contar algo de sua vida a alguém desconhecido, por isso a importância da ambientação e de contatos prévios (REIS et al., 2012).

Em seguida, após a recuperação do processo parturitivo, apresentava-se a pesquisa e se indagava sobre o interesse em participar. Àquelas que aceitavam, era proposto outro encontro, de acordo com a sua disponibilidade para a realização da entrevista. Priorizou-se pelo primeiro dia de pós-parto normal, pois a mulher já estava recuperada e de alta hospitalar. Eram fornecidos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa, e se solicitava que as participantes assinassem duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), das quais uma lhes era entregue e a outra era arquivada no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE).

As entrevistas aconteceram em um ambiente calmo e confortável, onde permanecia somente a participante e a pesquisadora. Esses aspectos contribuíram para o desenvolvimento da entrevista. Tal ambiente escolhido foi a sala de exames do CPN, que, no período da coleta, estava disponível. Vale ressaltar que, no momento da entrevista, o recém-nascido permanecia com o acompanhante no quarto PPP. Assim, as mulheres se sentiram mais tranquilas e seguras para relatar sua vivência.

A duração das entrevistas variou de 10 a 48 minutos. Elas foram gravadas em áudio por meio de dois aparelhos, um *smartphone* e um mp4, com a permissão das participantes após assinatura do Termo já citado. Em seguida, foram transcritas, na íntegra, no dia seguinte à entrevista, e se iniciava a análise dos relatos, a partir das leituras e da releitura que eram efetuadas após as transcrições.

Glat e Pletsch (2009) afirmam que a transcrição das entrevistas deve acontecer o mais imediatamente possível, pois isso proporciona a análise dos dados ao longo da pesquisa e, assim, o pesquisador organiza suas ideias, além de facilitar a definição do ponto de saturação.

Durante a coleta e a análise dos dados, utilizou-se um diário de campo, o qual possibilitou a realização das anotações referentes aos encontros, às suas reflexões e às observações sobre o que mais chamou a atenção, bem como sobre gestos e expressões das entrevistadas, o que auxiliou na etapa da análise dos dados.

A utilização do caderno de campo é essencial, pois, com as anotações sobre os participantes e as entrevistas, nada é perdido pelo pesquisador. Ao realizar desse instrumento,

que pode também ser denominado como diário de campo, o pesquisador relembra o dia do encontro e detalhes que poderão ser utilizados no momento da análise (REIS et al., 2012).

Dessa maneira, Bertaux (2010) recomenda que deva ser anotado no diário de campo, logo após a entrevista, tudo o que o pesquisador perceber no contexto dela e de seu desenvolvimento, suas hipóteses, suas questões e suas intuições. Inicia-se, então, a etapa da análise dos dados.

3.6 Análise e Discussão dos Dados

Para analisar as narrativas, adotou-se o procedimento da análise temática do referencial metodológico de Bertaux (2010). O autor afirma que as narrativas não demonstram de uma só vez todos os seus conteúdos, por isso orienta que, durante a análise, deve-se realizar leituras subsequentes dos relatos. Declara, ainda, que, nessa etapa do estudo, o pesquisador não irá extrair da narrativa todas as significações que ela possui, mas somente aquelas pertinentes ao objeto da investigação.

Nesse sentido, primeiramente, os depoimentos foram transcritos, sendo mantida a integralidade das palavras ditas pelas participantes, além das entonações e dos silêncios ao longo dos relatos. Após a transcrição, escutou-se novamente, observando o que havia sido transcrito, a fim de se detectar possíveis falhas de entendimento da fala e digitação. Posteriormente à releitura, algumas repetições e alguns erros de português que dificultavam a compreensão dos discursos foram corrigidos.

Em seguida, realizaram-se leituras consecutivas das entrevistas, em que se destacavam trechos que apresentavam pontos relevantes e que respondiam aos objetivos da pesquisa. Para aperfeiçoar essa análise, ocorreu, também, a discussão das entrevistas com outras pesquisadoras que possuem vasta experiência na utilização do método Narrativa de vida.

Além disso, no momento da análise de cada relato, retornava-se ao diário de campo, em que se observa as anotações e as reflexões realizadas pela pesquisadora. Ele possuía informações sobre os encontros realizados com cada participante antes da entrevista e no momento dela, no qual escrevia a respeito da receptividade, das atitudes, da relação com os profissionais e os acompanhantes, além de gestos e de expressões.

Os trechos sublinhados que se referiam ao mesmo tema e se repetiam nas entrevistas foram destacados com marca-textos coloridos, sendo que cada cor correspondia a um conteúdo

diferente. Em seguida, aqueles que possuíam temas similares, e com ligação entre eles, foram reagrupados. Desse modo, emergiram as categorias do estudo.

Assim, as categorias de uma pesquisa que utiliza o método Narrativa de Vida surgem a partir da compreensão dos relatos, que devem ser lidos e relidos quantas vezes se fizerem necessárias, para que se consiga extrair o seu conteúdo e apreendê-lo. Posteriormente, ao serem observados os temas mais frequentes, eles são agrupados em núcleos temáticos, formando, desse modo, as categorias (SPINDOLA; SANTOS, 2003; GLAT; PLETSCHE, 2009).

3.7 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da maternidade onde ocorreu o estudo. Em seguida, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, em que se obteve a aprovação sob o parecer nº 1.554.357 (Anexo A).

Destaca-se que, por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, foram obedecidos os aspectos éticos e legais, de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Desse modo, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), e, assim, resguardou-se o direito delas de se retirar da pesquisa em qualquer momento que desejassem, além de lhes ser assegurado o sigilo e confidencialidade.

4 NARRATIVAS DE VIDA DAS MULHERES SOBRE O PROCESSO PARTURITIVO

Com base na análise temática das narrativas de vida das mulheres que participaram do estudo, emergiram-se as seguintes categorias: 1) A importância do acompanhante no processo parturitivo; 2) Atuação da enfermeira obstetra e o uso de tecnologias não invasivas de cuidado; 3) A vivência do parto no Centro de Parto Normal; 4) A ressignificação do parto normal e o medo da cesariana.

4.1 A importância do acompanhante no processo parturitivo

Nesta categoria, é possível perceber que a presença de alguém do convívio social das mulheres, que possui vínculo afetivo com elas, seja mãe, irmã, esposo ou amiga, torna esse momento mais agradável, pois as parturientes se sentem confiantes, seguras e satisfeitas com a companhia de pessoas que lhes proporcionam auxílio. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

O apoio que você tem de uma pessoa que você gosta, que te dê confiança, no caso foi meu marido, que estava todo tempo do meu lado, isso me ajudou a relaxar. (Depoente 03).

[...] Minha irmã todo o tempo comigo, foi muito importante. Porque é um momento, assim, muito frágil que a mulher fica e precisa demais da pessoa do lado dando força, segurando na mão. (Depoente 07).

[...] minha mãe também foi muito importante, porque ela me acompanhou, me dando força, segurando na minha mão todo tempo, aí foi mais uma força assim para o parto, foi muito bom. (Depoente 08).

A presença da minha acompanhante, foi bom, foi muito bom, assim, eu escolhi a minha cunhada porque ela também já passou por dois partos normais, e eu achei que era uma pessoa que podia me dar mais segurança. (Depoente 20).

Pelos discursos, compreende-se o apoio emocional oferecido pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto, como é demonstrado nas falas em que se cita o “estar presente o tempo todo” e o “segurar na mão”. A presença dessas pessoas promove, principalmente nas primíparas, como é o caso das depoentes 3 e 20, para as quais o parto era algo desconhecido, a coragem e a redução do medo, da solidão e da ansiedade.

Ao observar o relato da depoente 20, identifica-se o desejo dela de estar com alguém que já vivenciou o parto. Essa condição é considerada fundamental para as mulheres, visto que essas pessoas “mais experientes” podem orientá-las melhor durante o processo da parturição,

pois oferecem conselhos e compreendem suas reações, suas vontades e seus medos, pelo fato de, anteriormente, terem vivenciado esse episódio.

Assim, com essas narrativas, percebe-se como o acompanhante proporciona apoio emocional, transmitindo confiança e calma às parturientes, desse modo, torna esse momento uma experiência positiva e tranquila. Destaca-se que todas as participantes desta pesquisa tiveram a companhia de pessoas de sua preferência, e isso foi destacado por elas mesmas como um aspecto essencial, pois tiveram a possibilidade de vivenciar o processo parturitivo com quem se sentiam à vontade e seguras.

Segundo Brüggemann et al. (2013), as mulheres que permanecem com o acompanhante durante o trabalho de parto e parto normal possuem maiores chances de ter partos vaginais espontâneos, redução do tempo de trabalho de parto, diminuição da utilização de analgesias, de cesarianas, da insatisfação quanto à vivência da parturição, e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida.

Ao considerar o relato da depoente 11 deste estudo, verifica-se outro papel desempenhado pelo acompanhante, a colaboração no enfrentamento da dor do parto, uma vez que a presença dele propicia o relaxamento e contribui para a superação dessa sensação no decorrer do trabalho de parto e parto normal.

Olha, a dor, eu não posso negar que é bem difícil, é complicado você se manter calma porque é uma dor, assim, que não tem palavras para explicar como é, mas foi tranquilo pelo fato do meu esposo também estar comigo, ele me passou bastante segurança. (Depoente 11).

Conforme Souza e Gualda (2016), quando as mulheres são isoladas nas maternidades durante o processo parturitivo e permanecem em um ambiente desconhecido com vários profissionais de saúde estranhos a elas, isso coopera para o aumento do medo e da ansiedade, bem como distanciam seus familiares da cena do nascimento. Dessa maneira, esse conjunto de atitudes se configuram como agentes estressores e acaba por alterar a fisiologia do parto, devido à liberação de endorfinas endógenas e de substâncias que inibem a síntese da ocitocina, a qual é indispensável para o apagamento e a dilatação do colo uterino, prejudicando, assim, a evolução do trabalho de parto.

Outro aspecto observado nas narrativas foi “o medo de não conseguir parir”, e as mulheres atribuíram essa conquista à presença de suas acompanhantes, reforçando o apoio e a força que tiveram delas.

Ter alguém do meu lado foi muito importante, acho que se não fosse minha mãe, eu não teria conseguido. Tinha hora que eu pensava em desistir, mas aí, graças a Deus, deu tudo certo. (Depoente 09).

[...] ter o acompanhante é bom demais, porque você tem um apoio, você fica mais firme do que você estando sozinha. E ela [*referindo-se à acompanhante*] toda hora me dando força, se não fosse ela, acho que não tinha conseguido. (Depoente 19).

Nessa perspectiva, a companhia de uma pessoa da escolha da mulher deve ser respeitada e estimulada, em razão de promover sentimentos de tranquilidade e de segurança à parturiente. Assim, os acompanhantes possibilitam que a vivência dessa experiência se dê de maneira prazerosa e com menos dificuldades, o que também contribui para autonomia e o protagonismo feminino no cenário do nascimento (DODOU et al., 2014).

Nesse sentido, um dos pilares para a humanização obstétrica é a presença do acompanhante no processo parturitivo. Essa prática é recomendada pela OMS, desde de 1985, por meio da Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto que estabeleceu o acesso livre de uma pessoa da escolha da parturiente, durante o pré-parto, o parto e o puerpério (VAZ; PIVATTO, 2014).

No Brasil, essa recomendação foi realizada pela primeira vez com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e esse direito foi regulamentado por meio da Lei nº11. 108, de 7 de abril de 2005. Existem mulheres, no entanto, que não estão cientes dessa legislação e que se surpreenderam quando, ao chegarem à maternidade, a presença do acompanhante ser permitida. As participantes desta pesquisa que já haviam parido e que não tiveram esse direito atendido, realizaram comparação com ao parto atual, na qual sentiram-se felizes e realizadas com a presença de seus acompanhantes.

Foi diferente do outro [*referindo-se ao parto anterior*], quando a mulher falou que ele poderia ficar e acompanhar o processo do parto, eu disse: “nossa como aqui está muito diferente, porque não permitiam e agora já permite, é muito bom”. E ajudou muito o meu esposo comigo, porque a gente se sente mais segura. Meu esposo foi essencial, eu gostei. (Depoente 02).

[...] esse parto para mim foi tudo novo. Uma novidade, foi mais legal, assim, mais emocionante. Logo, meu esposo estava do meu lado, né?! Aí, foi uma coisa tão natural, foi bom. (Depoente 04).

[...], aqui foi diferente [*referindo ao CPN*], minha amiga pode ficar presente comigo, me dando força, pegando na minha mão, ela até gravou! Gostei, gostei muito. (Depoente 05).

Nunca imaginei que teria um acompanhante dentro da sala comigo, imaginava que ia ficar sozinha. E, para mim, foi muito importante, porque em um momento desse, é bom a gente ter alguém da família por perto. (Depoente 13).

As narrativas seguintes também demonstram que, mesmo com a presença contínua da enfermeira obstetra no processo parturitivo, proporcionando cuidados humanizados e centrados no atendimento das necessidades da parturiente, isso não substituiu o papel do acompanhante, como se observa nos relatos.

[...] você precisa ter o acompanhante, porque ele te dá uma força, por mais que tenha a enfermeira, que ela seja a tua melhor amiga naquela hora, que ela seja carinhosa e tudo, mas você precisa do acompanhante, da pessoa ali da sua família que olhe por ti, que te conhece mesmo, que seja uma irmã ou uma amiga, ou que seja o marido, porque o apoio do acompanhante é o diferencial. (Depoente 06).

A presença da minha mãe foi muito importante, porque ela me ajudava, ela ficou o tempo todo segurando na minha mão, até na hora que o bebê nasceu. Porque, assim, é sempre bom ter alguém do seu lado, mesmo que tenha as enfermeiras ali, mas as vezes, as enfermeiras precisam sair, ne?! Aí, não tem como estar ali toda hora que a gente precisa e a minha mãe ficou o tempo todo do meu lado. (Depoente 16).

De acordo Hodnett et al. (2013), em certas situações, existem poucos profissionais de saúde e uma grande demanda de parturientes nas maternidades. Por esse motivo, às vezes, o profissional não consegue permanecer em todos os momentos ao lado da mulher, sendo fundamental o apoio do acompanhante para promover calma, conforto e incentivo no processo parturitivo, colaborando, assim com os profissionais no cuidado à mulher.

Da mesma maneira, o acompanhante favorece a comunicação da parturiente com os profissionais da saúde, visto que a presença de alguém com quem possui vínculo afetivo e convivência, e que compartilhe com ela o significado desse momento, funciona como uma ponte para transmitir seus sentimentos e suas decisões à equipe de saúde (DODOU et al., 2014).

O acompanhante, durante todo o processo parturitivo, promove, além do apoio emocional, o físico. O apoio físico compreende na realização de massagens e o auxílio na deambulação, no banho e na utilização dos equipamentos disponíveis no CPN (cavalinho, banqueta e barras de apoio). Essas ações são considerados métodos não farmacológicos para o alívio da dor, diminuem a ansiedade e promovem o relaxamento da parturiente.

Dessa maneira, para que o acompanhante desenvolva essas habilidades, é necessário que a equipe de enfermagem o recepcione bem, devendo-se oportunizar a interação e a

aprendizagem com os profissionais. Assim, ele poderá ajudar a parturiente durante todo o processo, além de contribuir para o bem-estar dela.

Nesse sentido, a presença do acompanhante também é favorável para os profissionais de saúde, visto que podem fornecer informações e orientá-los para que seja provedor de apoio físico e emocional às parturientes, sendo que essas orientações devem ser repassadas no momento da admissão e durante o processo de parturição (CARVALHO et al., 2014).

No CPN em que o estudo foi realizado, as enfermeiras promoviam esse tipo de orientação aos acompanhantes, ao interagir e permitir que eles participassem ativamente de todo o trabalho de parto e parto. Os discursos a seguir expressam esse incentivo das enfermeiras e a atuação do acompanhante na promoção do suporte físico, nos quais a depoente 18 manifestou a satisfação com o parto atual e realizou comparação com partos anteriores, bem como a depoente 10, que passou pela experiência do parto pela primeira vez.

A presença da minha mãe foi muito boa, porque a pessoa se sente segura com alguém que a gente conhece, e ela estava me ajudando, as meninas [*referindo-se às enfermeiras*] ensinavam as coisas para ela, tipo a massagem, como eu ficar na bola, de ficar andando, tudo elas ensinavam para a acompanhante. (Depoente 10).

[...] foi uma diferença muito grande, porque ele [*referindo-se ao acompanhante*] fazia massagem nas minhas costas, as enfermeiras ensinaram ele, aí foi muito bom. Nos partos anteriores, eu não podia ter o acompanhante e acabei tendo só naquelas camas, sem ser naquelas camas de parto, fiquei jogada, e aqui [*referindo-se ao CPN*] a diferença foi grande, foi maravilhoso, nota cem [risos]. (Depoente 18).

Outro exemplo da participação ativa do acompanhante no cenário do nascimento, mediante o estímulo das enfermeiras para isso, é mencionado pelas depoentes 03, 10 e 20, que relatam que as profissionais convidaram os acompanhantes a cortarem o cordão umbilical.

[...] A enfermeira deixou a gente participar do trabalho de parto, meu marido cortou o cordão. (Depoente 03).

[...] Aí, ela [*referindo-se à enfermeira*] perguntou se a gente queria cortar o cordão, e minha mãe cortou. (Depoente 10).

[...] Até o cordão umbilical foi a minha cunhada que cortou na hora, né?! (Depoente 20).

Tal atitude promove emoção, envolve sentimentos e representa um momento marcante na vida da mulher e de seu acompanhante, pois é a chegada de uma nova vida, e, por meio desse

ato, de corte do cordão umbilical, ocorre o desligamento com o corpo materno. É uma forma também de proporcionar àqueles que foram escolhidos pelas parturientes para estar ao seu lado a oportunidade de participarem de alguma forma desse momento importante e transformador.

Assim, os acompanhantes, ao longo do processo parturitivo, podem propiciar apoio que englobam quatro dimensões: o conforto físico, com massagens e ajuda na deambulação; o suporte emocional, que promove a presença contínua e proporciona calma; a intermediação, por meio da qual o acompanhante entende e repassa os desejos da parturiente aos profissionais de saúde e a dimensão informacional, em que o acompanhante realiza explicações sobre o trabalho de parto e oferece conselhos à mulher (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

No entanto, para o acompanhante desenvolver essas habilidades, é essencial a sua participação desde o pré-natal. Ocasão em que os profissionais de saúde devem informar à mulher de seu direito e orientá-la sobre a escolha de alguém para lhe acompanhar durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Nesse sentido, deve-se inserir os acompanhantes nos cursos de orientação e nas consultas de pré-natal, para que se sintam preparados emocionalmente e confiantes para acompanhar a mulher no trabalho de parto e parto. É necessário, também, para promover a continuidade dessa inserção do acompanhante, que os profissionais no qual prestam assistência à parturiente aceitem, respeitem e entendam que essas pessoas escolhidas por ela são essenciais para que o processo parturitivo seja mais rápido, tranquilo, confortável e menos doloroso para a mulher (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011; FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

Conforme as narrativas apresentadas nesta categoria, é possível compreender como a presença do acompanhante escolhido pelas parturientes torna a vivência do parto mais prazerosa, pois proporcionam apoio emocional e físico, transmitem conforto, segurança, calma, bem como encorajam a mulher para enfrentar o processo parturitivo. Assim, a equipe de enfermagem deve continuar com essa prática, por haver evidências científicas de sua ação benéfica para a mulher e o recém-nascido, além de contribuir para a humanização da assistência obstétrica. Ressalta-se a necessidade de divulgação da Lei do Acompanhante, sobretudo durante o pré-natal, para que as mulheres tenham consciência de seus direitos e se tornem empoderadas.

4.2 Atuação da enfermeira obstetra e o uso de tecnologias não invasivas de cuidado

A enfermagem obstétrica é uma profissão considerada essencial para promover a humanização e o respeito ao parto, por meio de seu cuidado tem provocado transformações

benéficas no cenário do nascimento. Neste estudo, foi possível verificar como a enfermeira obstetra transmite confiança e carinho, respeita à mulher e promove calma durante o trabalho de parto e parto.

[...] eu não enxergo meu parto sem elas [*referindo-se às enfermeiras*], eu não sei o que seria de mim, se no meu parto, as enfermeiras não tivessem participado, porque, assim, o apoio, é esse o diferencial. A confiança da profissional, o amor e o carinho, ela olhando para ti, aí entra a confiança, quando ela olha para ti e diz: “calma, vai dar certo, você vai conseguir”. Então, assim, quando você tem a profissional que te apoia, faz toda a diferença, eu não imagino meu parto sem a equipe que eu tive aqui no CPN. (Depoente 06).

Quando as dores estavam mais fortes, ela [*referindo-se à enfermeira*] já ficou direto comigo, não estava mais saindo do quarto. Eu já estava muito desesperada, muito, ela podia até falar alguma coisa, mas não, ela estava muito calma, direto me consolando, dizendo que ia dar certo, que não era para mim ficar assustada. Onde eu ia no quarto, ela me acompanhava, para mim não cair porque a dor era muito forte, ela não saía de perto de mim e dizia que eu podia segurar nela e passando confiança direto, ela me passou uma segurança muito grande. (Depoente 10).

A enfermeira ficou o tempo todo comigo na sala [*referindo-se ao quarto PPP*], me orientando, me ajudando a ficar calma. Eu fui bem atendida por ela. (Depoente 12).

Eu agradeço muitos às enfermeiras, por elas terem me ajudado na hora do meu parto, eu achei muito importante. Porque elas me apoiaram até o final, olharam muito para mim, me respeitaram muito, são pessoas muito legais. Tiveram o maior cuidado comigo e me receberam muito bem aqui [*referindo-se ao CPN*]. Eu sentia muita dor, chorava, gritava e elas todo tempo comigo, me acompanhando direto e me ajudando, eu agradeço muito. Todo tempo me acalmando, era o maior carinho que elas tiveram comigo, foi bom demais. Eu agradeço muito a elas, que Deus abençoe cada uma delas. (Depoente 15).

Nota-se como a permanência contínua da enfermeira obstetra é visto pelas mulheres como um aspecto positivo, pois se sentem bem acolhidas e seguras, favorecendo, dessa maneira o trabalho de parto e parto. Segundo Jamas, Hoga e Reberte (2013), o acompanhamento constante dessa profissional contribui para a redução da dor, do medo e da ansiedade, sendo fundamental para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e proporcionar uma vivência satisfatória da parturição para as mulheres e os seus familiares.

Outro aspecto que as depoentes relataram é a paciência que as enfermeiras obstetras tiveram com elas, por meio do cuidado delicado, da escuta atenta, das informações e das orientações transmitidas ao longo do processo parturitivo.

[...] eu não tenho do que reclamar, porque ela [*referindo-se a enfermeira*] me escutou, e foi como ela disse: “eu estou aqui para lhe ouvir, estou aqui para lhe escutar, não estou aqui para lhe machucar e nem para mentir”. Ela foi muito paciente, muito delicada. (Depoente 01).

Não tenho do que reclamar, a enfermeira foi maravilhosa, ela é muito paciente, ficou me instruindo. Foi bem tranquilo, fui bem assistida, bem avaliada. (Depoente 03).

[...] a enfermeira bem paciente, ela me explicava todas as coisas, me acompanhou em tudo até os últimos momentos, foi bom. Todo tempo verificando minha pressão, ouvindo o coraçãozinho da neném, achei isso muito importante. (Depoente 07).

A enfermeira ficou o tempo todo comigo, me dando apoio, sempre com paciência comigo, não se estressou em nenhum momento, sempre com muita paciência. (Depoente 14).

A paciência é um atributo apreciado pelas parturientes e, no processo parturitivo, está associada à qualidade de saber esperar, deixar o parto evoluir naturalmente, sem realizar intervenções desnecessárias, é aguardar que o processo ocorra no tempo certo, o que é determinado pela ação conjunta da mulher e do recém-nascido (SILVA et al., 2016).

Em seguida, observa-se, por meio do relato da depoente 20, a importância de se transmitir informações e orientações, sobretudo antes da realização de procedimentos. Essa conduta promove segurança e calma durante o processo parturitivo.

[...], a enfermeira me acolheu desde o início, explicou tudo, eu achei isso muito importante. Não teve nada que tenha sido feito, que não tenha sido explicado com antecedência e isso eu achei importante porque já passou mais segurança. (Depoente 20).

Nesse sentido, constata-se como as enfermeiras obstetras proporcionam um cuidado humanizado, oferecem apoio, respeitam a fisiologia do nascimento, sem utilizar intervenções desnecessárias para acelerar o trabalho de parto e parto. O diálogo promovido com as parturientes e a escuta atenta são importante para diminuir a ansiedade e o medo. Essas ações são exemplos de tecnologias não invasiva empregadas por essas profissionais no processo parturitivo.

A comunicação entre os profissionais de saúde e as parturientes deve ser sempre estabelecida, visto que se configura como uma atitude integrante do cuidado obstétrico. Compreende-se como uma das formas de transmitir calma e confiança, pois permite o acesso à informação. Essa prática se torna essencial, tendo em vista que a falta de conhecimento causa medo e insegurança, provocando, assim, a liberação de adrenalina, que inibe a produção de

ocitocina e, conseqüentemente, prejudica a evolução do trabalho de parto e parto (APOLINÁRIO et al., 2016).

A valorização da paciência, do apoio promovido pelas enfermeiras, além da comunicação estabelecida durante o processo parturitivo, levou as depoentes 07 e 08 a realizarem comparações com partos anteriores assistidos em outros estabelecimentos de saúde.

[...] o primeiro parto, o médico ficava muito estressado e era a minha primeira gravidez. O doutor que me atendeu já estava muito estressado, foi muito ignorante, não me explicou direito, aí, eu sofri um pouco. Mas aqui [*referindo-se ao CPN*] foi bom demais. (Depoente 07).

[...] a minha segunda filha tive na minha cidade, foi onde eu sofri bastante, não tive acompanhamento de ninguém, não me deram as informações, completamente diferente daqui [*referindo-se ao CPN*], o atendimento aqui é incomparável, assim, pela força, acompanhamento e carinho que recebi delas [*referindo-se as enfermeiras*]. (Depoente 08).

Verifica-se a violência obstétrica que essas participantes sofreram em partos anteriores, pois foram privadas das devidas informações sobre o processo parturitivo e não tiveram acompanhamento nem respeito dos profissionais nesse momento. Percebe-se isso ao relatarem sofrimento e falta de paciência por parte daqueles que as assistiam. Atitudes como essas transformam a vivência da parturição em algo negativo, deixam marcas psicológicas, emocionais e físicas, além de refletirem em experiências futuras do processo parturitivo.

Segundo Silva et al. (2014), a violência no parto é qualquer intervenção ou ato, direcionada à mulher ou ao seu bebê, executado sem que ela seja informada antes e sem o seu consentimento explícito, em desrespeito à sua autonomia e à sua integridade física e mental. Os autores afirmam, ainda, que, no Brasil, uma em cada quatro mulheres sofreu violência obstétrica.

O cuidado humanizado proporcionado pelas enfermeiras obstetras é citado pela depoente 03, que, apesar de ser primípara, ou seja, não ter experiência com partos anteriores, era uma mulher empoderada e havia pesquisado sobre o parto humanizado durante a gestação. Porém enfrentou dificuldades em encontrar profissionais que aceitassem sua decisão de parir e, por isso, faz comparações entre a assistência das enfermeiras e a de outros profissionais.

O parto aqui [*referindo-se ao CPN*] é mais humanizado, até pelas minhas pesquisas que fiz, tanto é que a minha escolha foi de vir por isso. As enfermeiras são bem mais humanas, os médicos são frios, acabam fazendo muitas intervenções para acelerar o trabalho de parto, querem incentivar a mulher a ter parto cesáreo para poder ser mais rápido, por não ter paciência. (Depoente 03).

De acordo com Escobal et al. (2016), a humanização da assistência obstétrica depende da sensibilidade, da responsabilidade e do compromisso dos profissionais de saúde com o trinômio mulher, recém-nascido e familiares. Faz-se necessário que os profissionais estejam prontos para satisfazer e respeitar as necessidades e os direitos das parturientes, como também para possibilitar que a mulher seja a protagonista desse momento.

Nessa perspectiva, a enfermeira obstetra assiste a parturiente de maneira holística e individualizada, na qual considera que cada mulher possui suas histórias de vida e sua cultura, fatores que influenciam nos significados atribuídos à parturição. As participantes desta pesquisa reconheceram a assistência promovida por essas profissionais, valorizando o auxílio durante todo o processo parturitivo e a força transmitida para que conseguisse superar o medo. Tornaram-se gratas e atribuíram o sucesso da parturição ao apoio contínuo oferecido pelas enfermeiras.

As meninas [*referindo-se às enfermeiras*] que me acompanharam foram “dois anjos”, eu chamo elas de “dois anjos”, ficaram comigo todo o tempo, eu não conhecia o parto humanizado, elas foram me mostrando, eu fiz as dinâmicas, tudo direitinho. Na hora do meu parto, todo o carinho, assim, que eu tive, aquela atenção, a força que elas [*referindo-se as enfermeiras*] davam, todo aquele acompanhamento, me ajudaram, eu até digo para elas quando entram no quarto: “Meus anjos”, porque foi muito importante para mim. (Depoente 08).

Elas [*referindo-se às enfermeiras*] a todo momento, fizeram questão de me deixar bastante tranquila, foram bastante solícitas, muito dóceis comigo, me tranquilizavam e me orientavam todo tempo. E até o momento do parto foi tudo ótimo, quer dizer até o momento do parto, não, até agora tem sido tudo ótimo. [...] não fiquei com medo, porque, em todo momento, elas [*referindo-se às enfermeiras*] diziam que estavam ali para me apoiar, que não precisava ter medo, que iria dar tudo certo, então foi super tranquilo. (Depoente 11).

A partir do momento que eu cheguei aqui [*referindo-se ao CPN*], já fui muito bem atendida, aí a enfermeira já foi me passando todas as dicas necessárias para mim ter um parto bom. Se eu fosse dar uma nota mesmo, daria mil, porque eu fui muito bem atendida durante todo o meu parto, eu achava que não ia conseguir, mas ela sempre me deu forças, entendeu? Ela sempre dizendo que ia dar certo. Eu fui seguindo todas as dicas que a menina [*referindo-se à enfermeira*] me passou, então, foi muito bom, desde que eu cheguei aqui [*referindo-se ao CPN*] até o final do meu parto, foi tudo tranquilo, só tenho a agradecer mesmo, foi perfeito para mim. (Depoente 13).

Nessa perspectiva, verifica-se que as enfermeiras obstetras se preocupam em promover o bem-estar das parturientes, ao mesmo tempo em que escutam suas queixas, suas angústias e seus medos, transmitindo tranquilidade e segurança. Outro aspecto importante são as

orientações fornecidas que facilitam o trabalho de parto e parto, bem como promove o empoderamento e autonomia feminina no cenário do nascimento (SCARTON et al., 2015).

Com relação a esses fatores, a autonomia e o empoderamento, eles são considerados elementos indispensáveis para promoção do parto humanizado, pois, a partir deles, a mulher saberá que ela e seu filho são os atores principais desse momento e que o corpo feminino tem o poder da parturição.

Ao entender esses pressupostos, a mulher se torna mais confiante, compreende que os profissionais estão na cena do nascimento para auxiliá-la, retirar suas dúvidas, respeitar e apoiar suas decisões, além de estarem preparados para intervir quando necessário. Isso proporciona um ambiente calmo e favorável para a chegada da nova vida, sendo prazeroso para a mulher que o vivencia e para seus familiares.

[...] ela me deixou bem à vontade, para mim ficar como eu queria, na posição que eu queria, mas também me dava instrução, me deixava escolher se eu queria fazer ou não os exercícios. (Depoente 03).

[...] me questionaram [*referindo-se às enfermeiras*] em relação à forma que eu queria parir, qual era a melhor forma para mim, enfim, todo momento elas [*referindo-se às enfermeiras*], deixaram bem claro que estavam ali à nossa disposição. [...] Elas [*referindo-se às enfermeiras*] me orientaram a fazer os exercícios, e me deixaram livre para escolher onde eu queria ficar, se eu preferia ficar na bola, se eu queria ir para o chuveiro, me passaram bastante segurança, fiquei mais tranquila porque eu sabia que estava rodeada por profissionais competentes e isso me tranquilizou demais e o fato também delas [*referindo-se às enfermeiras*] deixarem bem claro que eu iria escolher a forma como eu queria parir, foi maravilhoso, assim eu fiquei super à vontade, não me senti pressionada. (Depoente 11).

[...] me deixou bem livre [*referindo-se à enfermeira*] para eu ficar na sala [*referindo-se ao quarto PPP*] andando, não fui obrigada a ficar numa cama deitada. Eu tinha muito medo de ter que parir deitada. (Depoente 20).

Como se pode observar nas narrativas citadas, as enfermeiras do Centro de Parto Normal onde ocorreu o estudo incentivaram as mulheres a tomarem posse de seu corpo. Permitiram que escolhessem a posição que desejavam parir e quais os exercícios que se sentiam bem ao realizar e respeitaram suas decisões, ou seja, valorizaram a autonomia feminina no momento da parturição. E as mulheres demonstraram que exerceram seu direito de liberdade de escolha durante todo o trabalho de parto e parto normal.

Conforme Pereira e Bento (2011), a autonomia envolve a busca constante de relações democráticas entre os clientes e os profissionais da saúde, em que se devem compartilhar

conhecimentos, saberes, reconhecer e respeitar as diversidades e as singularidades, como também estimular a participação dos indivíduos no seu processo de cuidar.

Logo, as enfermeiras obstetras possuem o compromisso de estimular a autonomia das parturientes ao longo do processo parturitivo, no entanto as mulheres necessitam adquirir conhecimentos e a capacidade de decidir, simultaneamente com as profissionais que as assistem, quais as melhores condutas que deverão ser tomadas.

Com relação ao empoderamento, é visto como o exercício de controle de nossas atitudes, que se atinge a partir do acesso à informação. É ele que proporciona mudanças em nossos atos e permite que os indivíduos sejam capazes de saber o que é melhor para si. A partir desse conceito, percebe-se como os profissionais de saúde são fundamentais para promover o empoderamento, já que, desde o pré-natal, podem informar as gestantes sobre o parto, devendo conscientizá-las de seus direitos e incentivá-las a obter mais conhecimentos por meio da internet, de grupos de apoio às gestantes, dentro outros (MALHEIROS et al., 2012).

Outro elemento que surgiu nas narrativas das participantes foi o contato físico realizado pelas enfermeiras, por meio de gestos, o que se configurou como atitude de carinho e como ação importante para proporcionar confiança.

Elas [*referindo-se às enfermeiras*] me deram bastante segurança, muita atenção, tiveram toda paciência comigo, faziam massagem, passavam a mão na minha barriga, para a neném ir se acalmando, todo o carinho, um carinho igual de uma pessoa que te conhece há muito tempo. (Depoente 08).

[...] a enfermeira que estava comigo, ela era ótima. Ela sentava no chão, fazia massagem nas minhas costas, ótima a massagem. Ela me passou muita confiança, ela era maravilhosa, e me incentivou muito. (Depoente 09).

Eu tive o acompanhamento das meninas [*referindo-se às enfermeiras*], me deram toda atenção, massagem, o maior carinho, gostei demais. (Depoente 18).

Nessa perceptiva, expressa-se a atenção oferecida pela enfermeira e se demonstra que pequenas atitudes como “passar a mão na barriga” e “sentar no chão” são visto pelas mulheres como manifestação de afeto e de cuidado, as quais promovem uma relação de horizontalidade e de troca, com o estabelecimento de um vínculo, o que favorecer a proximidade, a segurança e o relaxamento das parturientes.

A interação da enfermeira com a mulher, por meio da conversa, do toque e da expressão facial, compreende atos que mostram sensibilidade e que a colocam em uma posição de igualdade com a parturiente, o que permitem que esta manifeste seus sentimentos, seus medos

e suas angústias com facilidade para a profissional que a assiste, construindo-se, dessa maneira, uma relação respeitosa com a mulher e seus acompanhantes (CAIRES; SANTOS, 2014).

Todos esses elementos citados, como o apoio contínuo, a escuta atenta, a conversa terapêutica e as massagens, estão incluídos no grupo de tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas pelas enfermeiras obstetras para proporcionar conforto e alívio da dor e para ajudar na evolução do trabalho de parto e parto. Segundo Ávila (2014), essas tecnologias valorizam a liberdade, o direito e a segurança da parturiente e do recém-nascido, bem como tornam a mulher protagonista de seu cuidado no processo parturitivo.

Além dessas, outras tecnologias foram citadas pelas participantes, como o uso do cavalinho, da banquetta e da bola suíça, o agachamento nas barras de apoio e o banho com água morna. Essas foram denominadas por elas como “exercícios”, que, segundo relataram, ajudam a tornar o processo parturitivo mais rápido.

Eu aceitei realizar todos os exercícios e gostei. Me ajudou muito, porque eu percebi que quando eu comecei, ela estava um pouquinho alta e na hora que eu agachei, depois de duas vezes, eu percebi que ela desceu bastante e outras coisas que ela [*referindo-se à enfermeira*] me botou para fazer, eu senti que acelerou. E foi assim bem rápido. (Depoente 03).

Os exercícios me ajudaram muito, foram muito importantes. Fiz o da bola, as enfermeiras me orientando. Fiz também o cavalinho, esse que eu vi, que dava mais impulso para vir aquelas contrações e ser mais rápido, me ajudou bastante. (Depoente 08).

[...] quando eu vim de Água Branca, eu não estava evoluindo nada, na hora que eu cheguei aqui [*referindo-se ao CPN*] que as enfermeiras me mostraram o agachamento e tudo, rapidinho foi para 8 cm e já tive o bebê. (Depoente 14).

[...] Na hora que eu sentei na bola, dilatou muito rápido, eu achei. Não deu tempo nem de ir para o cavalinho. (Depoente 17).

[...] fiz todos os exercícios até quando a neném nasceu. Fiz a bola, o cavalinho e eles me ajudaram muito e foi mais rápido. (Depoente 19).

[...] os exercícios ajudaram demais. Quando eu cheguei, eu estava com 4 a 5 cm de dilatação, isso umas nove horas da noite, e ele nasceu meia noite, ou seja, evolui 5 cm em pouco tempo, foi muito rápido. (Depoente 20).

Conforme Silva, Barbieri e Fustinoni (2011), a duração do trabalho de parto e parto normal é influenciada por características pessoais, pois está intimamente ligada à maneira como a mulher se sente em relação a esse momento. Para vivenciá-lo com satisfação, é preciso que a parturiente se sinta segura e livre e que entenda seu corpo. Os profissionais que a assistem podem realizar contribuições nesse sentido, visto que, ao oferecer atividades que promovem

autonomia e distração, ajudam na redução da ansiedade, o que, conseqüentemente, favorece a evolução do parto.

Nesse sentido, observa-se que as enfermeiras obstetras oferecem orientações sobre os equipamentos disponíveis no CPN e encorajaram as parturientes a adotar aquele que se adaptasse melhor. Assim, ao estimularem a movimentação corporal e a adoção de diferentes posições, incentivam as mulheres a ser protagonista do acontecimento e reconhecem-nas desse modo. Tal afirmação também pode ser verificada nos depoimentos a seguir.

[...] fiz agachamento, fui para água morna, fiz o cavalinho, que ajudou a encaixar, e o parto foi na banquetta, que chamam. (Depoente 02).

Gostei muito de ficar fazendo os exercícios que a enfermeira me ensinou, da bola, do cavalinho, agachamento, eles me ajudaram muito a relaxar, a questão também do banho, quando as contrações estavam fortes, foi muito bom. (Depoente 13).

[...] esses exercícios, todos me ajudaram bastante, tinha a bola, as meninas [*referindo-se às enfermeiras*] me ensinaram também a segurar na barra e na hora da respiração, essa, principalmente, foi que mais me ajudou. (Depoente 18).

Nota-se como as parturientes valorizaram esses atributos utilizados, sentiram-se livres e à vontade para vivenciar o parto. Um aspecto importante observado na fala da depoente 02 é o fato de o parto ter ocorrido na banquetta, em que se configura uma prática recomendada pela OMS, a adoção de posições verticalizadas no processo parturitivo. No CPN em questão, onde ocorreu a pesquisa, as enfermeiras obstetras utilizam essa recomendação rotineiramente e informam as mulheres sobre as diferentes posições que podem adotar no decorrer do trabalho de parto e parto normal.

A posição verticalizada permite a ação da gravidade, que amplia os diâmetros do canal de parto e o ângulo de encaixe do bebê na pelve, favorecendo, dessa maneira, a descida do recém-nascido, o que auxilia a mulher no período expulsivo e promove a evolução do trabalho de parto. Uma revisão sistemática constatou que, nas parturientes que adotaram a posição vertical durante o trabalho de parto, ocorreu a redução de uma hora no tempo de dilatação, quando se comparou com a posição deitada (TAKEMOTO; CORSO, 2013; SILVA et al., 2013).

Além de tornar o processo parturitivo mais rápido e promover o relaxamento, o uso das tecnologias não invasivas também foi relatado pelas participantes como essencial para a diminuição da dor do parto.

[...] água quente fez toda diferença, ajuda a relaxar muito e ajuda muito no alívio da dor. (Depoente 03).

Os exercícios amenizaram muito as dores, fiz da bola, fiz agachamento e fiquei na banqueteta. Eu também banhava toda hora na água morna, e ia amenizando as dores. Foi bom demais. (Depoente 05).

[...] eu optei por ficar no chuveiro com água morna, porque as contrações amenizavam ainda mais e foi tudo tranquilo. (Depoente 11).

Apesar da dor ser grande, esses exercícios me ajudaram a relaxar e foi a partir do relaxamento que eu consegui ter um parto bem legal. (Depoente 13).

Acho que se não fossem os exercícios, eu ainda hoje estava sentido dor. (Depoente 17).

[...] essa dor que eu tive agora, não foi muito dolorosa, não foi de jeito nenhum, mas acho que foi por causa dos exercícios, das conversas e das massagens. Foram os anjos da guarda [*referindo-se às enfermeiras*] que tornam tudo menos doloroso. (Depoente 18).

Com relação ao banho na água morna, Takemoto e Corso (2013) declaram que ele possui efeito relaxante e minimiza a impaciência da mulher durante o trabalho de parto, devido ao calor ajudar na liberação da tensão muscular e diminuir as dores das contrações uterinas, além de promover a vasodilatação e a diminuição de adrenalina e de noradrenalina na corrente sanguínea.

Ao considerar as demais tecnologias citadas pelas mulheres e suas utilidades, tem-se a bola, na qual a mulher pode sentar ou relaxar a lombar, ao realizar movimentos que possibilitam o conforto e o alívio da dor, como também propicia a posição vertical e acelera o trabalho de parto. Além disso, há o agachamento e a banqueteta que favorecem a descida do bebê e a respiração, e que deslocam o foco dela em relação à dor, sendo benéficos também para o recém-nascido. Com relação ao cavalinho, ele promove o relaxamento da região lombar, enquanto que as massagens oferecem alívio na sensação dolorosa (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011; APOLINÁRIO et al., 2016).

A musicoterapia foi citada por apenas uma participante, a depoente 13, a qual afirmou que a utilização dessa técnica pela enfermeira obstetra possibilitou o relaxamento durante o processo parturitivo.

Na hora do parto, a questão da música, achei muito interessante, aquilo me deixou muito tranquila, e eu consegui relaxar. (Depoente 13).

Nesse sentido, a música tranquiliza as mulheres e torna as contrações mais suportáveis. Representa uma prática assistencial que vem sendo utilizada constantemente pela equipe de enfermagem, visto que promover conforto e alívio da dor (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Assim, a partir desta categoria, constata-se que a assistência e os atributos utilizados pelas enfermeiras obstetras no decorrer do processo parturitivo são valorizados pelas mulheres. As narrativas manifestam o cuidado delicado, paciente, individualizado e centrado nas necessidades das parturientes, em que se prioriza o bem-estar, a liberdade e a autonomia feminina. Ao utilizar as tecnologias não invasivas de cuidado, minimizam-se as chances da realização de interferências durante o trabalho de parto e parto. Isso demonstra o interesse dessa profissional em promover não somente o alívio da dor e a evolução do parto, mas em proporcionar conforto e uma vivência da parturição de forma enriquecedora e prazerosa.

4.3 A vivência do parto no Centro de Parto Normal

O significado atribuído à vivência de um acontecimento é algo subjetivo, e cada indivíduo possui sua opinião própria. Ao considerar o processo parturitivo, o conhecimento e as percepções adquiridas mediante essa experiência vivida estão intrinsecamente relacionado ao estado emocional da mulher, à companhia de pessoas importantes para ela nesse momento, ao acolhimento e à assistência prestados pela equipe de saúde, com também ao ambiente onde ocorre esse episódio.

Os depoimentos das participantes, nesta categoria, expressam como a ambiência é essencial para tornar o trabalho de parto e parto tranquilo e agradável. Nos relatos, é possível perceber que a privacidade oferecida no CPN é avaliada pelas mulheres como elemento fundamental no momento da parturição.

Chegando aqui [*referindo-se ao CPN*], eu já gostei do ambiente, né?! Vi que era individual, e isso me trouxe mais tranquilidade, porque quando eu fui acompanhante da minha irmã, lá tinha muitas pessoas sem o conhecimento na área dando opinião, e isso em vez de ajudar, faz é atrapalhar, te deixa irritada, nervosa. Então, só em você está em um ambiente individual com seu esposo, sem muitas pessoas, já torna o ambiente tranquilo. (Depoente 01).

[...] gostei daqui, principalmente pela privacidade que é bom, só em não ter aquele tumulto de mulheres juntas e aquela zoada. Eu preferiria vim para cá [*referindo-se ao CPN*] novamente e até indico para outras colegas minhas, gostei muito. (Depoente 02).

[...] o fato de ter um quarto só para você ajuda muito, porque você ficar exposta para outras pessoas acaba atrapalhando bastante. Eu tive a oportunidade de

decorar o quartinho, de ter uma dignidade, mesmo sem estar em uma maternidade particular. Foi tudo do jeito que eu sonhei. (Depoente 03).

Fiquei bem à vontade no quarto, fiz tudo que tinha [*referindo-se ao utensílios do CPN*]. Não tive aquela preocupação de ninguém está me olhando, porque fiquei só no quarto, aí, foi bom demais. Ficamos bem acomodados, foi muito bom. (Depoente 07).

Eu pensei que ia ficar com várias mulheres, mas não, eu fiquei só em um quarto, praticamente uma suíte [risos], muito bom mesmo. É maravilhoso, porque é só para você, privativo. Não tem que se expor para os outros, não tem que ouvir a dor das outras mulheres, só a sua mesmo. Se eu estivesse com as outras mulheres, eu ia sentir vergonha, e você estando em um quarto só, não. (Depoente 19).

Um ponto positivo foi que eu fiquei no quarto com privacidade e com todo o aparato, aquela bola, a cadeira, que me ajudou muito. (Depoente 20).

Observa-se a satisfação das participantes com a individualidade que os PPPs proporcionam. Elas destacam que se sentiram à vontade para usufruir do espaço físico e dos equipamentos que o CPN possui. O silêncio também foi citado como um fator importante. Segundo Guida, Lima e Pereira (2013), nas maternidades convencionais, geralmente, as parturientes permanecem em um mesmo local com várias outras mulheres, o que acarreta a falta de privacidade, que é considerada um fator estressante no decorrer do trabalho de parto e parto normal.

O acolhimento e a ambiência do CPN também foram destacados pelas mulheres, que afirmam que a receptividade da equipe de enfermagem, a organização e estrutura do quarto propiciaram o relaxamento, o que levou a depoente 13 a comparar o local com seu domicílio.

[...] aqui [*referindo-se ao CPN*], é bem tranquilo. Nem sabia que existia um ambiente assim no hospital, o quarto todo enfeitadinho, parece coisa de criança mesmo, no jardim da infância. (Depoente 01).

Ficou só eu e minha irmã. Nós ficamos em um quarto muito bonito, bem organizado, achei lindo. (Depoente 07).

O atendimento aqui [*referindo-se ao CPN*], é muito bom. As pessoas lhe atendem bem desde a entrada. Todo mundo entra no quarto sorridente e é aquela alegria. Também muito carinho, todo tempo querendo saber como você e a criança estão. E, para mim, isso no parto foi muito importante. (Depoente 08).

[...] fui muito bem acolhida, me senti em casa, gostei muito da estrutura do quarto. Eu nunca achei que fosse ficar em um quarto desse, na condição e estrutura dele. (Depoente 13).

[...] outra coisa positiva que achei também foi o quarto estar super limpo e organizado, gostei muito. (Depoente 20).

O acolhimento é indispensável para a promoção da humanização obstétrica e é um dos princípios valorizados no CPN, pois, a partir dele, a equipe de enfermagem demonstra interesse e empatia com as parturientes e seus acompanhantes. Assim, é estabelecida uma relação de cuidado e de confiança, que possibilita a redução do medo e da ansiedade (SANTOS, PEREIRA, 2012).

No estudo realizado por Hitzert et al. (2016), mais de 80% das mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um CPN valorizaram as instalações. Segundo os autores da referida pesquisa, outros estudos internacionais, realizados na Suécia e na Austrália, corroboram com esses resultados. Pesquisas brasileiras também revelam a importância da ambiência no processo parturitivo. De acordo com Silva, Nascimento e Coelho (2015), a estrutura física e a privacidade são necessárias para possibilitar o bem-estar das parturientes.

Outro aspecto observado nas narrativas citadas é o desconhecimento das mulheres acerca do CPN, como é mencionado pelas depoentes 01 e 13. Ressalta-se que, nesta pesquisa, nenhuma das participantes havia vivenciado o parto no CPN antes e que somente três já possuíam conhecimentos sobre esse estabelecimento por meio de pesquisas realizadas na internet e de participação em grupos de apoio à gestante. Essas três manifestaram, no momento da admissão na maternidade, onde foram examinadas e atendidas por classificação de risco, o desejo de ser conduzidas para o CPN, como também relataram a resistência que sentiram por parte de alguns profissionais em encaminhá-las para esse setor.

Estou muito satisfeita. Eu morria de medo de não conseguir uma vaga aqui [*referindo-se ao CPN*]. Percebi uma grande resistência do profissional em me encaminhar para cá [*referindo-se ao CPN*]. Não chegaram a falar, mas, assim, as expressões faciais falam muito né?! Eu senti um preconceito muito grande em relação a me deixarem vim para cá, mas eu insisti e tive que ficar reiterando meu desejo. (Depoente 03).

Eu sabia que aqui [*referindo-se ao CPN*] o parto era natural, tanto que lutei para vir para cá [*referindo-se ao CPN*], bati o pé até o final e eu estou orgulhosa de dizer que eu lutei para ter minha filha normal, e lutei para vir para o CPN, e consegui. Espero que todo mundo se empodere para ter, porque, infelizmente, ainda é uma luta. (Depoente 06).

[...] eu fui examinada pelo médico que estava de plantão e eu falei para ele que queria ser encaminhada para o CPN, que eu já tinha conhecimento do trabalho que era realizado, inclusive por amigas minhas que tinham plano de saúde mas optaram pelo parto natural, e aqui, no CPN, é o melhor lugar para se parir naturalmente em Teresina. (Depoente 11).

Nota-se como o conhecimento torna as mulheres empoderadas e cientes de seus direitos. Verifica-se, também, como os profissionais de saúde que acolhem as mulheres no setor de classificação de risco demonstram desinteresse em direcioná-las para esse ambiente de cuidado diferenciado.

Desse modo, é necessário estimular o empoderamento das mulheres, para que, assim, aquelas que desejarem e puderem parir seus filhos em um local de atenção humanizada consigam ter acesso a ele, bem como é preciso sensibilizar os profissionais no sentido de que os CPNs são equipamentos de saúde resolutivos e com resultados maternos e perinatais positivos para mulheres de risco habitual.

Segundo Ribeiro et al. (2015), em seu estudo também foi constatado a falta de informação das mulheres sobre o CPN, os autores enfatizam que as orientações realizadas durante o pré-natal a respeito do trabalho de parto e parto são essenciais, visto que se deve esclarecer as dúvidas das parturientes e informá-las acerca do CPN, além de propor a elas visitas a esses estabelecimentos. Porém a promoção desse conhecimento durante as consultas de pré-natal não exclui o dever dos profissionais que estão nas maternidade, onde as parturientes serão admitidas, de escutar seus desejos e de comunicá-las sobre a existência de tal local.

Ao fornecer informações claras e completas, além de oportunizar os indivíduos a participação nas decisões com base nas orientações repassadas, o profissional de saúde está cumprindo com suas obrigações éticas e legais. Assim, é dever daqueles que assistem as parturientes proporcionarem a tomada de decisões por elas, pois, dessa forma, realizar-se-á um cuidado centrado em suas necessidades e se promoverá sua autonomia no processo parturitivo (SANFELICE; SHIMO, 2015).

As narrativas das mulheres nesta categoria também expressaram os sentimento delas com relação à dor do parto. Relatam que é uma dor intensa, porém momentânea e suportável, e que a satisfação e a alegria de parir seu filho é o que o mais importa.

[...] depois que eu tive o bebê, a dor que eu estava sentido sumiu. (Depoente 01).

[...] é uma dor que passa, quando a neném sai a dor acaba, e é muito gratificante pegar ela, ver aquela coisinha que saiu da gente. Tudo pela minha filha eu passaria novamente. (Depoente 09).

[...] a dor é muito ruim, mas é necessária. É necessária para a neném nascer, sem a dor não existe um parto normal. É uma dor suportável, não é uma coisa que a pessoa não aguenta. Tem hora que a pessoa pensa que não vai aguentar, mas suporta, sim. (Depoente 10).

A dor do parto é intensa, mas recompensa demais. Não me arrependo, apesar dessa dor, mas não me arrependendo de ter parido. Dor, acho que a gente sempre vai sentir, mas eu passaria novamente para minha filha vir linda, saudável e mamando logo. (Depoente 17).

Conforme Velho, Santos e Collaço (2014), a dor, muitas vezes, é compreendida como um elemento inerente ao processo da parturição. Segundo os autores, a percepção dela não está atrelada somente ao aspecto fisiológico, mas, também, ao contexto cultural, de como cada sociedade interpreta essa dor. Desse modo, a mulher constrói um pensamento referente à dor do parto, de acordo com as informações que lhe são repassadas pela sociedade, porém, a partir de sua vivencia, pode-se desmitificar a visão de que tal dor é intolerável.

Percebe-se isso na fala da depoente 10, a qual, pelo fato de não ter vivenciado o parto anteriormente, possuía muitas concepções pré-formadas sobre esse momento, a partir de informações repassadas por mulheres de seu meio social, mas, após a vivência, constatou algo diferente.

A dor do parto não é tão grande assim como as pessoas falam, uma coisa tão horrível, porque era isso que eu ouvia falar, que era uma coisa muito ruim. Não é uma dor boa, mas é suportável e você se sente forte: “nossa! Eu consegui ter minha filha.” (Depoente 10).

As informações não são repassadas somente por pessoas experientes, que já vivenciaram esse episódio, mas, também, por mulheres que nunca engravidaram, as quais emitem suas opiniões por meio de conhecimento adquirido nos meios de comunicação e para determinar seu papel feminino na sociedade (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

As participantes 03 e 06 manifestaram que trabalharam a dor do parto em suas mentes e que começaram esse preparo psicológico durante a gestação, demonstrando a importância desse exercício para a promoção de uma experiência positiva.

[...] não é uma dor que não dê para suportar, dói bastante, mas, assim, é preciso você saber usar a cabeça e manter o equilíbrio. É questão de equilíbrio mesmo, porque se você tem a contração e você prende seu corpo, se trava, tentando se proteger da dor, ela vai ficar pior, mas se você não se prender, deixar ela vir, porque ela vai vir de qualquer jeito, aí, você consegue sofrer menos. Tentar se concentrar, respirar, lembrar de respirar. Eu até fiquei pensando em uma música, para tentar relaxar e não focar na dor. Porque se você souber se concentrar e usar essa dor a seu favor, mais rápido vai acabar, e foi assim mesmo. Eu não senti medo da dor, eu me preparei muito para a dor, é psicológico. Quando você está preparada, você não sofre tanto com ela e passa rápido. (Depoente 03).

Eu estava trabalhando a dor na minha cabeça, que era uma dor suportável, sim. Então, eu sempre pensava nisso e em uma frase que eu escutei de uma menina

no grupo de gestantes, que ela disse assim: “a dor é minha amiga, a dor traz meu bebê”. Então, eu ficava tentando lembrar desta frase o tempo inteiro, e passei o parto inteiro lembrando, e, quando eu esquecia, o meu marido falava ela no meu ouvido, e isso me dava mais força. Porque, realmente, é a dor que vai trazer seu filho. Então, a dor é amiga nessas horas. (Depoente 06).

Percebe-se como a sensação dolorosa envolve fatores biológicos, psicológicos e culturais. O preparo psíquico para o enfrentamento da dor do parto e a participação em ações educativas são indispensáveis, visto que isso colabora para ajudar a mulher na superação da dor e para que esta não funcione como impedimento para o desejo de vivenciar a parturição.

As ações educativas realizadas em grupos de apoio à gestante e pelos profissionais de saúde promovem o acesso ao conhecimento, contribuindo, assim, para desmitificar mitos e favorecer a autoconfiança das mulheres. Progianti e Costa (2012), observaram que mulheres na qual realizam acompanhamento durante a gestação em uma Casa de Parto, onde as enfermeiras promoviam práticas educativas, desmitificaram a ideia de a dor provocar sofrimento no parto e constataram que é possível tornar a percepção dela como suportável, se por meio dessas ações estimularem as mulheres a assumirem uma posição ativa e participativa no processo parturitivo.

[...] é como eu sempre falava e falo para as minhas colegas, o parto normal ele começa na cabeça, você tem que acreditar, eu acreditei desde o início. Ele [*referindo-se ao parto normal*] não começa na hora que o trabalho de parto começa, você tem que acreditar, apostar e se preparar também. Então, para mim, foi muito positivo. (Depoente 20).

De acordo com a narrativa da depoente 20, observa-se a necessidade de as mulheres procurarem adquirir informações e apoio durante a gestação, para se preparem fisicamente e psicologicamente. Dessa maneira, entenderão que seu corpo é capaz de parir, porém é preciso acreditar e se empoderar, pois, com seu estado psíquico preparado para esse acontecimento, seu corpo irá reagir melhor e o trabalho de parto terá uma boa evolução, além de a mulher desenvolver sua autonomia no processo parturitivo, sentindo-se realizada e satisfeita com a vivência dessa experiência.

Outros elementos identificados, que contribuem para o enfrentamento da dor, foram o ambiente, o cuidado e o acolhimento que as mulheres receberam da equipe de enfermagem do CPN, o que é observado nos relatos das depoentes 11 e 20. Ressalta-se que todas as participantes deste estudo tiveram a oportunidade de acesso às tecnologias não invasivas de cuidado e isso proporcionou o alívio da dor e o relaxamento, cooperando para a superação dessa sensação.

Para mim, o parto foi positivo, embora a dor seja intensa, foi positivo, pelo fato de eu estar rodeada por profissionais competentes e solícitas. Eu amei o CPN. Como eu já falei, já tinha conhecimento do trabalho que era realizado

aqui [*referindo-se ao CPN*] e, depois de ter vivenciado essa experiência, só tenho a fazer elogios mesmo ao CPN e indicar também para as minhas amigas que quiserem ter um parto natural, eu aconselho a vir para cá [*referindo-se ao CPN*], porque aqui o trabalho é muito bom. (Depoente 11).

[...] a dor foi muito grande, mas acho que, se a gente for acolhida do jeito que eu fui acolhida aqui [*referindo-se ao CPN*], tem como ser uma dor suportável e vale a pena quando a gente vê o bebê, quando vê que ele veio bem. (Depoente 20).

É fundamental considerar que a dor no decorrer do processo parturitivo pode ser exacerbada pelo uso de algumas intervenções e medidas, como o uso abusivo de ocitocina, a episiotomia, amniotomia precoce e a restrição ao leito, as quais, às vezes, realizadas sem indicação, colaboram para que as mulheres vivenciem uma experiência muito dolorosa e sofrida (CARNEIRO et al., 2015).

Diante do exposto, apreende-se que o CPN é uma unidade de cuidado obstétrico, e que sua ambiência favorece uma experiência prazerosa da parturição para as mulheres, havendo a necessidade de sensibilizar os profissionais sobre a aplicabilidade desse estabelecimento na promoção do parto humanizado. Nota-se que as participantes conceituaram a dor do parto como intensa, entretanto encontraram apoio para superá-la mediante a atenção e o apoio que tiveram da equipe de enfermagem, e na satisfação e na alegria de parir seus filhos.

4.4 A ressignificação do parto normal e o medo da cesariana

Diversas mulheres possuem marcas físicas e psicológicas em virtude da assistência desumanizada realizada durante anos no país, na qual ocorria o desrespeito ao corpo feminino, aos seus direitos e às suas opiniões. Nesse sentido, muitas mulheres vivenciaram o processo da parturição de maneira traumática e negativa, e isso contribuiu para que a sociedade desenvolvesse um imagem do parto normal como algo ruim e que provocava sofrimento, sendo esta a ideia repassada de geração em geração.

A inserção dos Centros de Parto Normal e a realização de parto humanizado, contudo, têm acarretado modificações nessas concepções, tanto para as mulheres que vivenciaram o parto em outros locais de assistência obstétrica e que não receberam esse tipo de cuidado como para as primíparas que julgavam esse episódio como desagradável.

Eu já tive cinco filhos, e neste foi diferente, porque nos outros partos eu tinha que ficar deitada, em uma salinha minúscula, e aqui [*referindo-se ao CPN*] não, eu caminhei, fiz os exercícios, e, aí, ajudou muito. As coisas melhoram bastante. (Depoente 02).

[...] as pessoas diziam assim: “depois que tu parir, tu vai desistir de parir de novo”. E não, eu continuo com o pensamento de ter parto normal. Futuramente, se eu puder vir para cá [*referindo-se ao CPN*] novamente, eu venho de novo. Foi tudo do jeito que eu sonhei mesmo, que eu planejei para mim. (Depoente 03).

[...] eu achava que ia ficar sozinha, desprezada, porque é isso o que muita gente fala. E não, eu tive um bom atendimento, as enfermeiras preocupadas comigo e fiquei em um quarto com boas condições. (Depoente 13).

[...] nos outros partos, eu não tive acompanhamento, nem das enfermeiras lá do hospital, não me ensinaram nada. Principalmente no parto do meu primeiro filho, que eu só fazia gritar e rolar no chão, e as enfermeiras de lá só brigando comigo, tanto é que sofri bastante. E agora foi maravilhoso. Foi uma diferença muito grande, para mim que ia só chegar e pronto, me jogar em uma sala, do jeito que aconteceu nos outros partos, e não, foi maravilhoso, eu recomendo para todas as mulheres. (Depoente 18).

A partir dessas narrativas, verifica-se como as informações sobre o parto foram repassadas para essas mulheres com um carga de negatividade, em virtude da assistência mecanizada e com muitas intervenções realizadas anteriormente. Percebe-se, também, a valorização da mudança na assistência, nos relatos das depoentes 02 e 18, as quais reconhecem o cuidado das enfermeiras obstetras, a liberdade da deambulação e a utilização das tecnologias não invasivas de cuidado. Em seguida, observa-se, nos relatos das participantes 01 e 10, a crença da realização de episiotomia, de ocitocina e da manobra de Kristeller para a mulher conseguir parir.

[...] eu pensei que fosse pegar ponto, que iam fazer logo aquele corte [*referindo-se à episiotomia*] e não precisou, já foi uma vantagem muito grande. (Depoente 01).

[...] não foi assim como eu imaginava, porque as pessoas diziam que era muito pior do que eu imaginava. As pessoas diziam: “ah! Vão te dar injeção de força, vão fazer isso contigo, vão apertar tua barriga”. Inventam muita história, e isso não aconteceu. Foi uma coisa natural, normal realmente. Não me maltrataram, foi uma coisa agradável. Aí, pensei: “não fizeram nada comigo do que as pessoas diziam”. (Depoente 10).

Segundo Sousa et al. (2016), a ocitocina sintética é uma medicação utilizada para corrigir possíveis alterações que possam ocorrer na evolução do trabalho de parto e deve ser utilizada com a menor frequência possível, visto que seu uso, sem o monitoramento rigoroso, é uma conduta perigosa por conta do risco de provocar danos à mãe e ao recém-nascido. Com relação à manobra de Kristeller, os autores afirmam que é técnica desnecessária e que pode ser considerada como agregação à integridade corporal da mulher, além de provocar dor no momento de sua realização. Constaram também que, em estabelecimentos onde se tem

enfermeiras obstetras atuando na assistência ao parto, a realização de episiotomia é feita de forma mais criteriosa.

A influência sociocultural sobre o parto normal, que é apreendido como algo degradante para o corpo feminino e visto somente com um processo doloroso, também foi referida pelas participantes deste estudo, as quais falam sobre o preconceito que sofreram e a dificuldade na aceitação por parte dos familiares e dos amigos, pelo fato de que decidirem parir seus filhos naturalmente.

[...] eu sempre digo para as pessoas que, quando eu decidi ter parto humanizado, parto natural, é uma briga absurda contra a sociedade. Aí, você para e diz: “meu Deus! E os valores estão é trocados?” Porque isso deveria ser com a cesárea. Só porque quero ter minha filha da forma mais natural possível, por que que estão me jogando pedra? Então, assim, é uma luta muito grande que você enfrenta desde o momento que você decidi contar para as pessoas. Quando eu dizia que não queria episiotomia, nossa! É uma barreira, porque é cultural fazer episiotomia. Eu já queria parto normal antes de engravidar, então me preparei na minha gestação, tendo a gestação mais saudável possível e me preparando psicologicamente para a hora do meu parto. E fui trabalhando isso dentro da família. A minha mãe tentou me convencer a fazer cesárea várias vezes, pelas experiências negativas dela, ela guarda isso com ela. (Depoente 06).

Meu parto foi tranquilo e me surpreendeu. Pensei que seria mais difícil, eu achei que não seria tão bem atendida, porque, assim, a cultura é essa. Inclusive, eu acho que está com um pouco mais de um mês que minha prima teve bebê, e o parto dela foi bem difícil, difícil mesmo para ela. E, aí, pelo fato dessa experiência ruim, a minha mãe já ficou assustada com a minha decisão de ter parto normal e já me botou todos os medos possíveis. E eu dizia: “não, vai dar certo”. No primeiro momento, eu fiquei impactada, mas, depois, eu voltei a confiar de novo, porque era uma escolha que já vinha desde o início da gestação. E, graça a Deus, vim para o CPN. (Depoente 20).

O significado do processo parturitivo transmitido às mulheres com teor negativo, sobretudo por parte da mãe, pode provocar uma série de sentimentos em relação ao parto, como medo, insegurança e ansiedade, o que pode até mesmo causar a desistência em vivenciar a parturição. Entretanto as depoentes 06 e 20 eram mulheres empoderadas e que, ao longo da gestação, participavam de grupos de apoio nas redes sociais, em que conseguiram adquirir conhecimentos sobre o parto e, assim, sentiram-se confiantes e lutaram para parir seus filhos, da maneira como desejaram. A depoente 20 enfatiza, na sua fala, a imagem do parto normal no modelo tecnocrático e demonstra o medo que tinha de vivenciá-lo recebendo esse tipo de assistência.

[...] eu tinha medo de como eram os partos antigamente, de usar ocitocina para acelerar o parto, de ter que fazer episiotomia, isso era um medo para mim, de ter que parir deitada, porque, para mim, isso é surreal, você ficar deitada em uma cama amarrada naqueles estribos. Então, eu conhecia essa parte e tentei conhecer a parte humanizada, que eu sei que não teria isso. E queria o parto normal, mas também não qualquer parto normal, queria o parto normal, o mais natural possível, sem intervenções, e foi como aconteceu, até a placenta saiu com as contrações naturais, tudo como manda o figurino [risos]. Até a minha acompanhante estava dizendo que achava que ia ter outro filho porque as coisas estavam muito diferentes. Outra coisa que eu tinha medo de passar era alguém mandar eu botar força ou então mandar eu parar de gritar, mandar eu calar a boca, ficar quieta. Por isso eu vim muito com o pensamento do que eu queria e sabia o que não era correto e os tipos de violência obstétrica. (Depoente 20).

Desse modo, quando as mulheres se preparam para o processo parturitivo, compreendem sua capacidade de colocar seus filhos no mundo e vivenciam esse acontecimento de forma ativa e satisfatória. Ao mesmo tempo em que ajudam a desconstruir a imagem que foi formulada ao longo dos anos sobre o parto normal, a partir da transmissão de sua experiência com o parto humanizado, poderão ajudar outras mulheres, principalmente de seu meio social, a se empoderarem e a se oportunizarem, a vivenciar o parto (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Outro aspecto relatado pelas participantes foi o medo da cesariana, as quais afirmaram que, apesar do parto normal ser um evento doloroso, a sua recuperação é mais rápida, em que o retorno às atividades diárias é precoce, além da preservação de sua integridade corporal.

[...] eu ficava: “meu Deus, me deixa conseguir uma vaga no CPN. Se eu não conseguir, os médicos vão me cortar”. O medo era do corte. Aí, Graça a Deus, deu tudo certo. (Depoente 03).

[...] para mim, o parto foi muito positivo, porque a cesárea, apesar de eu nunca ter feito, foi tudo normal, mas eu tinha medo demais de ser cesárea. (Depoente 04).

Eu, na verdade, sempre quis ter parto normal, porque eu tinha pavor de cesariana. Então, eu dizia que aguentava qualquer dor que fosse para mim não ser cortada. E, aí, quando eu comecei a pesquisar sobre o parto normal, me deparei com o parto humanizado, aí disse: “pronto, é esse aqui que eu quero”. Já queria o parto normal e agora, com o humanizado. [...] Eu fico olhando para uma cesárea e fico pensando: “por que eu vou pegar um corte desnecessário? Por que eu vou ficar sofrendo em uma recuperação?” Porque talvez eu nem chegue a ficar com meu corpo 100% do jeito que ele era. (Depoente 06).

O parto normal é dolorido e demorado, mas já estou bem recuperada. Só com um dia de pós-parto, já estou andando normalmente, já estou cuidando da neném. Eu tenho muito medo, assim, de cirurgia, por isso que optei sempre

pelo parto normal. A cesariana é muito mais complicada a recuperação e tudo. (Depoente 07).

[...] eu nunca irei esquecer dessa dor, mas eu prefiro o parto normal, eu pariria novamente. (Depoente 19).

[...] a cesariana, para mim, era a última opção, porque na minha família todo mundo já fez, assim, tem um histórico de hipertensão no finalzinho da gestação, e eu lutei muito para não ir por esse caminho. (Depoente 20).

Corroborando com esta ideia, no estudo realizado por Carneiro et al (2015), a preferência das mulheres também foi pelo parto normal, e isso ocorreu em virtude de ele possibilitar alta hospitalar precoce, proporcionar menos dor no pós-parto, oferecer o retorno às atividades mais rapidamente e o contato pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento, bem como promove um sentimento de satisfação, visto que conseguiram dar à luz aos seus filhos.

Desse modo, entende-se como a vivência do processo parturitivo no CPN contribui para desmistificar muitas concepções pré-formadas na sociedade e revalorizar o parto para aquelas que o vivenciaram em um modelo de assistência não humanizado. Isso contribuirá para a ressignificação do parto normal e provocará nas mulheres o desejo de experimentar a parturição, além de promover o reconhecimento desses estabelecimento por parte da população e dos gestores dos estabelecimentos de saúde. Verifica-se, também, que, principalmente as mulheres apoiadoras do parto humanizado apresentam aversão à cesariana, por reconhecerem as vantagens do parto normal para elas e para seus filhos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo parturitivo vivenciado no Centro de Parto, de acordo com as narrativas das mulheres do estudo, configurou-se como uma experiência satisfatória, prazerosa e positiva, na qual as participantes valorizaram os cuidados que receberam da equipe de enfermagem, destacando a figura da enfermeira obstetra como provedora da assistência humanizada, que lhes proporcionaram o apoio contínuo e a atenção delicada, paciente e carinhosa.

Constatou-se que as mulheres consideraram os acompanhantes como essenciais durante o trabalho de parto e parto normal, pois lhe ofereceram suporte emocional e físico. Assim, sentiram-se mais seguras e confiantes para vivenciarem tal acontecimento. No CPN onde ocorreu a pesquisa, as enfermeiras respeitaram esse direito das parturientes e incentivaram a participação ativa do acompanhante, o qual colaborou na realização de alguns procedimentos no decorrer do processo parturitivo.

As enfermeiras obstetras foram citadas pelas mulheres como profissionais importantes na vivência desse episódio, pois ofereceram cuidado individualizado e centrado nas necessidades das parturientes, e preocuparam-se em possibilitar bem-estar e conforto para elas.

Foi possível perceber, nas narrativas, que as enfermeiras respeitaram e estimularam a autonomia e o protagonismo feminino durante o trabalho de parto e parto normal, bem como desenvolveram um relação de cuidado com as parturientes, em que se estabeleceu a escuta atenta e o diálogo. Este último propiciou o repasse de informações e permitiu que as mulheres entendessem o que estava a ocorrer com seu corpo, além da explicação sobre os procedimentos realizados, o que favoreceu a redução do medo e da ansiedade, principalmente nas primíparas.

As tecnologias não invasivas de cuidado foram apreciadas pelas participantes, que afirmaram serem fundamentais para promover o alívio da dor e ajudarem na evolução do trabalho de parto e parto, tornando-o mais rápido. Elas também relataram que a privacidade, as instalações e o conforto do CPN proporcionaram o relaxamento, pois se sentiram à vontade para aproveitarem o espaço físico e se expressar.

Com relação à dor do parto, verificou-se que não se caracterizou como um impedimento para diminuir o desejo de vivenciarem este momento, e que a alegria de parir seus filhos sobrepõe a dor. O medo da cesariana também foi apontado nas narrativas, e as mulheres entendem que o parto normal apresenta mais vantagens para elas e para seus filhos.

A partir da compreensão dessas narrativas, constatou-se que os Centros de Parto Normal são equipamentos de saúde que promovem cuidado diferenciado ao parto; que proporcionam atenção humanizada; que respeitam a fisiologia do nascimento; e onde são utilizadas práticas

baseadas em evidências científicas, possibilitando, assim, que as mulheres sejam protagonistas da parturição e que os familiares retornem à cena do nascimento.

Nesse sentido, contribuem para a revalorização e a ressignificação do parto pela sociedade, pois, a partir de relatos como os desta pesquisa e de comprovações científicas das vantagens e dos resultados maternos e neonatais positivos, os CPNs possibilitarão que cada vez mais mulheres se sintam estimuladas a parir, e, assim, ocorrerá a transformação dos aspectos negativos atribuídos ao parto normal. Além de possibilitar que as marcas que ficaram em várias mulheres, em virtude de uma assistência mecanizada e com a presença de violência obstétrica sejam apagadas, a partir de uma nova vivência da parturição no CPN.

Ressalta-se que os CPNs foram uma conquista tanta para as mulheres como para a enfermagem obstétrica, pois, a partir desses estabelecimentos, a enfermeira obstetra adquiriu autonomia na assistência e passou a ser valorizada pela sociedade como profissional qualificada e fundamental para promover a vivência positiva da parturição.

Os grupos de apoio à gestante e as práticas educativas desenvolvidas por profissionais da saúde são elementos importantes para promoverem o empoderamento das mulheres e, conseqüentemente, permitir que vivenciem a parturição com mais autonomia e de maneira ativa, contribuindo para a sua satisfação, além de desmitificarem aspectos negativos relacionados ao parto normal.

Dessa modo, a realização do pré-natal torna-se essencial, uma vez que, no instante das consultas, os profissionais podem repassar essas informações e comunicar às gestantes a respeito do parto humanizado e da existência dos CPNs. Nesse estudo, destaca-se que cinco mulheres realizaram menos de seis consultas de pré-natal, observando, assim, a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como a realização de busca ativa nas estratégias de saúde da família, para que se possa localizar as gestantes e conscientizá-las da importância da realização do pré-natal.

A sensibilização dos profissionais de saúde quanto à resolutividade dos CPNs ainda se faz necessária, visto que se observou, na pesquisa, a resistência por parte de alguns profissionais em encaminhar as parturientes para essas unidades. A divulgação da existência desses locais também é essencial, pois muitas mulheres que desejam parir não os conhecem, e algumas vezes, pelo desconhecimento, perdem a oportunidade de vivenciar o processo parturitivo nesses ambientes de cuidado humanizado.

Portanto, esta pesquisa possibilitou, mediante a utilização do Método Narrativa de Vida, dar voz às protagonistas do nascimento; proporcionou a compreensão de suas vivências e

possibilitou apreender diversos elementos que são primordiais para oferecer vivência prazerosa da parturição, dentre os quais, destaca-se o cuidado promovido pela enfermeira obstetra, importante na promoção do modelo humanizado.

Espera-se que estes resultados, somados com os de outros estudos sobre a temática, contribuam para sensibilizar os profissionais de saúde que assistem as mulheres no decorrer do trabalho de parto e parto normal, da importância desse acontecimento para a mulher e seus familiares, e, assim, possam propiciar um cuidado holístico e personalizado.

Entende-se que o apoio dos gestores é indispensável para ampliar a inserção das enfermeiras obstetras no cenário do nascimento e da implementação de Centros de Parto Normal, bem como o estímulo para a formação dessas profissionais, com a criação de mais cursos de especialização e residência em enfermagem obstétrica, com a devida fiscalização, para que, ao final, obtenha-se profissionais qualificadas e comprometidas com atenção obstétrica.

Ressalta-se que o parto humanizado precisa ser divulgado e esclarecido para a sociedade e para os profissionais de saúde, pois existem mulheres que enfrentam lutas para encontrar profissionais que aceitem a sua escolha de parir, que sofrem preconceito por irem contra o modelo biomédico. Nesse sentido, para o país, ainda é um desafio a transformação do paradigma nacional, sendo primordial a realização de novas pesquisas nesta temática, e de movimentos de conscientização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.4, p. 819-827, 2012.

AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev. Rene.** v. 12, n. 4, p. 833-840, 2011.

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene.** v. 17, n. 1, p. 20-28, 2016.

ÁVILA, V. C. M. **Emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem nos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade filantrópica do Médio-Paraíba/RJ.** 2014. 80f. Dissertação em Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos.** Natal, RN: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Cadernos Humaniza SUS; v. 4. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. CNES – Estabelecimento por tipo. **Quantidade por Tipo de Estabelecimento segundo Região.** Brasília, DF: Datasus, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Nascidos Vivos. Nascimento por tipo de parto segundo Região/Unidade da Federação. Brasília, DF: Datasus, 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815/GM, de 29 de maio de 1998**. Institui o procedimento de parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1998a.

_____. **Portaria nº 163/GM, de 22 de setembro de 1998**. Regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília, 1998b.

_____. **Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1999.

_____. **Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.

_____. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2. 418/GM, de 02 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

_____. **Resolução - RDC Nº 36, de 3 de Junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008.

_____. **Portaria nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília, 2011c. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 11 de dezembro de 2015.

_____. **Portaria nº 904/GM, de 29 de maio de 2013**. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal. Brasília, 2013b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html. Acesso em 09 de novembro de 2015.

_____. **Portaria nº 11/GM, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal. Brasília, 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 09 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 09 de junho de 2015.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brazil. **Esc Anna Nery**. v. 17, n. 3, p. 432-438, 2013.

CAIRES, T. L. G.; SANTOS, R. S. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. **Rev. Enf. Profissional**. v.1, n.2, p.422-435, 2014.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.3, p.648 - 655, 2013.

CARNEIRO, L. M. A. et al. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.5, n.2, p. 1574-1585, 2015.

CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**. v.46, n.1, p. 30-37, 2012.

CARVALHO, V. F. et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde Soc.** v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014.

CAUS, E. C. M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery (impr.)**. v. 16, n.1, p.34-40, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 339, de 23 de julho de 2008**. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Brasília, 2008.

_____. **Resolução nº 478, de 14 de abril de 2015**. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Brasília, 2015a.

_____. **Resolução nº 477, de 14 de abril de 2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília, 2015b.

COSTA, A. A. N. M.; SCHIRMER, J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil – da proposta à operacionalização. **Esc Anna Nery (impr.)**. v. 16, n. 2, p. 332-339, 2012.

DODOU, H. D. et al. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

ESCOBAL, A. P. L. et al. Experiences in the process of teenage pregnancy parturition. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 8, n. 3, p. 4711-4716, 2016.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 25, n. 2, p. 173-184, 2011.

FRIGO, J. et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enferm**. v. 18, n. 4, p. 761-766, 2013.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Parturient women's companions' knowledge of law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. **Text Context Nursing**. v. 22, n. 4, p. 909-917, 2013.

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. O método história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. **Rev. Educação Especial**. v. 22, n. 34, p. 139-154, 2009.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Rev Min Enferm**. v.17, n.3, p. 524-530, 2013.

HITZERT, M. et al. Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study. **Midwifery**. v.40, p. 70-78, 2016.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2013.

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

LEÃO, M. R. C et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.8, p.2395-2400, 2013.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. **Rev Saúde Pública**. v.49, n.9, p.1-9, 2015.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10, n. 2, p. 568-575, 2016.

MELO, J. K. F.; DAVIM, R. M. B.; SILVA, R. R. A. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. **J. res. fundam. care. online**. v.7, n.4, p. 3197-3205, 2015.

MENEGHEL, S. N. Histórias de vida – notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**. n.12, p.115-129, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MONTE, A. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.27, n.3, p.265-276, 2013.

MORAES, S. D. S.; NERY, I. S. Vivência da utilização do método história de vida em pacientes com câncer de mama. **Revista Nursing**. v.15, n.170, p. 362-365, 2012

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.4, p.1059-1068, 2013.

NARCHI, N. Z.; SILVA, L. C. F. P.; GUALDA, D. M. R. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetrias no Brasil. **Saúde Soc**. v. 21, n. 2, p. 510-519, 2012.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.14, n.3, p. 456-461, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth**. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, United Kingdom, 2014.

OLIVEIRA, A. R. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. **Rev Port Med Geral Fam**. v.29, p.151-159, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em 03 de setembro de 2016.

PARIS, G. F. et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.36, n.12, p.548-554, 2014.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PEREIRA, A. L. F. et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, rio de janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 3, p. 566-573, 2012.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**. v. 12, n. 3, p. 471-477, 2011.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc**. v.20, n.3, p.579-589, 2011.

PIMENTA, L. F. et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **J. res. fundam. care. online.** v.6, n.3, p.987-997, 2014.

PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. A construção cultural do processo de parto. **J. res. fundam. care. online.** v.5, n.4, p.591-598, 2013.

PINHEIRO, B.C; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia.** v. 37, p. 212-227, 2012.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm.** v.65, n.2, p.257-263, 2012.

REIS, A. T. et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **Rev. Min. Enferm.** v.16, n.4, p. 617-622, 2012.

RESENDE, L. V.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e vitalidade. **Rev Panam Salud Publica.** v.37, n.4/5, p.218-224, 2015.

RIBEIRO, J. F. et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Rev Enferm UFSM.** v.5, n.3, p.521-530, 2015.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de Obstetrizes e enfermeiras Obstétricas: velhos problemas ou Novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas.** v. 2, p. 449-459, 2002.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A.; LEISTER, N. Escola de obstetrícia da universidade de São Paulo: a História contada no livro de atas (1912-1970). **Texto Contexto Enferm.** v. 20, p.164-171, 2011.

RIESCO, M. L. G. et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm USP.** v.43, Esp.2, p. 1297-1302, 2009.

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene.** v.15, n.2, p.362-370, 2014.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n.3, p.875-882, 2015.

SANTOS, L.M. et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **R. Enferm. UFSM.** v.1, n.2, p.225-237, 2011.

SANTOS, L. M. et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Rev.cuid.fundam.online.** v.4, n.3, p.2655-2666, 2012.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Revista de Saúde Coletiva.** v.22, n.1, p.77-97, 2012.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K.S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 1, p. 13-18, 2012.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.17, n. 4, p.714-719, 2008.

SCARTON, J. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36(esp), p.143-151, 2015.

STAPLETON, S. R.; OSBORNE, C.; ILLUZZI, J. Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model. **Journal of Midwifery & Women’s Health.** v. 58, n.1, p. 3-14, 2013.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Portal da Saúde.** Piauí: SESAPI, 2016a Disponível em <<http://www.piaui.pi.gov.br/noticias/index/categoria/2/id/23324>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Portal da Saúde.** Piauí: SESAPI, 2016b Disponível em <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. Acesso em 22 de novembro de 2016.

SILVA, F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v.47, n.5, p.1031-1038, 2013.

SILVA, A. L.S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery.** v.19, n.3, p.424 - 431, 2015.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.** v.16, n.1, p. 82-87, 2011.

SILVA, A. P. et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: estudos em psicologia.** v.1, n.1, p.25-35, 2007.

SILVA, U. et al. Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. **J Nurs UFPE on line.** v. 10, n. 4, p. 1273-1279, 2016.

SILVA, M. G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev. Rene.** v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n.1, p.60-65, 2011.

SOUZA, M. G. et al. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. **J. res. fundam. care. online.** v. 7, n.1, p.1987-2000, 2015.

SOUZA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery.** v. 20, n. 2, p.324-331, 2016.

SOUZA, S. R. R. K; GUALDA, D. M. R. The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev Esc Enferm USP.** v.37, n.2, p. 119-126, 2003.

STEEL, A. et al. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. **Sexual & Reproductive Healthcare.** v.6, p. 132-137, 2015.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.** v.17, n.2, p.117-127, 2013.

VAZ, T. H; PIVATTO, L. F. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare Enferm.** v. 19, n. 3, p. 545-552, 2014.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLACO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.2, p.458-466, 2012.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.4, p.652-659, 2010.

VERSIANI, C. C. et al. Significado de parto humanizado para gestantes. **J. res. fundam. care. online.** v.7, n.1. p. 1927-1935, 2015.

VERSIANI, C. C. et al. O ser enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. **Rev APS.** v. 16, n. 2, p. 173-179, 2013.

VIEIRA, B. D. G. et al. As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência. **J. res. fundam. care. online.** v.5, n.4, p.408-416, 2013.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm.** v.24, n.3, p.414-418, 2011.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.** v.22, n.1, p.46-53, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva, 1996. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Acesso em 07 de setembro de 2016.

ZVEITER, M.; SOUZA, I. E. O. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Esc Anna Nery.** v. 19, n. 1, p. 86-92, 2015.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE A - Formulário para entrevista

TÍTULO DA PESQUISA: Narrativas de mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal

FORMULÁRIO Nº _____

1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

1.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____
 Estado Civil/ Situação Conjugal: _____
 Religião: _____
 Renda Familiar: _____
 Ocupação/ Profissão: _____
 Residência: _____
 Escolaridade: _____

1.2 DADOS OBSTÉTRICOS

Gestação (ões): ____ Aborto(s): ____ Parto(s): ____ Vaginal (is): ____ Cesáreo(s): ____
 Idade gestacional _____ Número de Consultas de Pré-Natal: _____

2 QUESTÃO DE PESQUISA

Conte-me tudo que ocorreu com a senhora desde admissão na maternidade e aqui no Centro de Parto Normal até este momento.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Narrativas de mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal.

PESQUISADORA RESPOSÁVEL: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

PESQUISADORA PARTICIPANTE: Gaubeline Teixeira Feitosa

INSTITUIÇÃO/ DEPARTAMENTO: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

TELEFONE PARA CONTATO: (086) 3215-5558

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa, que trará como benefício um maior conhecimento sobre a vivência de mulheres que tiveram o parto em um centro de parto normal, na qual servirá de base para o ensino, pesquisa e assistência de enfermagem. As pesquisadoras deverão responder todas as suas dúvidas em qualquer etapa da pesquisa, sua identidade não será revelada em nenhum momento, é garantido que você não terá nenhum tipo de despesa material, nem constrangimento moral e você terá direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem nenhuma penalidade.

Tal pesquisa tem como objetivo geral compreender as narrativas de vida das mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um centro de parto normal. Será utilizado um roteiro de entrevista, onde serão colhidos alguns dados sociodemográficos e gineco-obstétricos, como também haverá uma questão aberta, na qual você poderá narrar sobre sua vivência do parto no Centro de Parto Normal, e essa entrevista será gravada em áudio. Caso aceite participar da pesquisa assine no final as duas vias deste documento. Você ficará com a posse de uma delas e a outra será da pesquisadora responsável ou da pesquisadora participante.

Os riscos da pesquisa serão mínimos e os que poderão ocorrer para as participantes da pesquisa, serão os riscos psicológicos, uma vez que a vivência do parto que a participante irá relatar a pesquisadora, poderá não ter ocorrido de forma positiva, acarretando repercussões

negativas para a participante. Além do constrangimento que os questionamentos que serão realizados poderão trazer as mesmas. Tal risco é minimizado pelo compromisso ético das pesquisadoras em garantir a privacidade das participantes e promover um ambiente acolhedor, tranquilo no momento da entrevista.

E os benefícios da pesquisa serão que, com os relatos da vivência das mulheres sobre o processo parturitivo no Centro de Parto Normal, será possível conhecer a opinião, as dúvidas, os sentimentos, como receberam a assistência durante esse momento e a partir desses relatos melhorar a qualidade da assistência obstétrica, sensibilizar os profissionais de saúde para que possam respeitar a mulher e suas decisões. Como também verificar a importância, valorizar e incentivar a implantação de enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____

RG: _____ CPF: _____, concordo em participar da pesquisa intitulada: Narrativas de Mulheres que vivenciaram o processo parturitivo em um Centro de Parto Normal, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora participante sobre a minha decisão em participar da pesquisa. Para mim ficaram claros quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e a garantia de confidencialidade como também ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Teresina, ____ de _____ de 20__

Nome e Assinatura da participante:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadoras):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante ou representante legal para participação na pesquisa.

Teresina, ____ de _____ de 2016

Pesquisadora Responsável/Pesquisadora Participante

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa. Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 – Teresina - PI. Tel.: (86) 3237-2332, Fax: (86) 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PARTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL

Pesquisador: Inez Sampaio Nery

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52726916.7.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.554.357

Apresentação do Projeto:

O objetivo desse estudo é compreender as narrativas de vida das mulheres que vivenciaram o parto em um centro de parto normal. O estudo faz-se necessário, visto que um acontecimento tão importante, requer pesquisas para a sua compreensão e assim possibilitará conhecer como as mulheres vivenciaram esse momento, suas dúvidas, anseios, sentimentos, aspectos positivos e negativos, como também a forma que receberam a assistência desde da admissão até a alta nos centros de parto normal, permitindo assim que os profissionais de saúde, sobretudo as enfermeiras obstetras, possam melhorar a qualidade da assistência prestada. Será um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, que utilizará o método Narrativa de Vida. O local escolhido foi o centro de parto normal de uma maternidade de referência no Estado do Piauí. As participantes do estudo serão aquelas mulheres que forem admitidas e que tiveram o parto no Centro de Parto Normal (CPN) da maternidade que será realizada a pesquisa. O primeiro contato com as participantes ocorrerá logo na admissão das mesmas no CPN e posteriormente no período pós-parto, para que se possa realizar a familiarização, obter confiança, para que elas sentiam-se à vontade para relatarem sua experiência do parto normal. Será utilizado para produção dos dados uma entrevista aberta, na

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.554.357

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/01/2016 17:52:38	Inez Sampaio Nery	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	15/01/2016 22:40:03	Inez Sampaio Nery	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/01/2016 22:39:29	Inez Sampaio Nery	Aceito

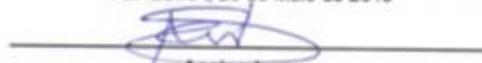
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 20 de Maio de 2016


Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Prof.^a Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 152014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br