

Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa

Childbirth feelings and experiences: an interpretative methodological

Sentimientos y experiencias del parto: un enfoque metodológico interpretativo

Vanessa dos Santos Picão¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Maria Luiza Rêgo Bezerra³, Mayara Cândida Pereira⁴,
Thais Vilela de Sousa⁵, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁶, Jaiane de Melo Vilanova⁷, Luc Vandenberghe⁸

Como citar: Picão VS, Moraes-Filho IM, Bezerra MLR, Pereira MC, Sousa TV, Carvalho- Filha FSS, Vilanova JM, Vandenberghe L. Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa. *REVISA*. 2020; 9(3): 382-93. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p382a393>

REVISA

1. Instituto Federal de Ciência e Tecnologia, Campus Barreiras. Barreiras, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7245-3821>

2. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

3. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3336-7760>

4. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

5. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>

6. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

7. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8271-0177>

8. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3252-3351>

Recebido: 12/04/2020
Aprovado: 19/06/2020

RESUMO

Objetivo: Investigar vivências da parturiente e os sentimentos que a envolveram nos momentos que antecederam o parto. **Método:** A Grounded Theory (GT) foi escolhida como referencial teórico e metodológico para este estudo. Onze puérperas foram entrevistadas e as questões abordaram a sua percepção, sentimentos e vivências acerca do acolhimento na unidade. **Resultados:** Da análise das entrevistas surgiram três eixos norteadores e estes foram construídos a partir de nove categorias. Constatou-se que as políticas e os programas de humanização na área obstétrica ainda não atendem às necessidades das parturientes, o que culmina em desajustes no processo de parto e nascimento. **Conclusão:** Análises deste estudo mostram que as mulheres são sensíveis a aspectos como relacionamento com os profissionais, cuidados centrados na pessoa com suas fragilidades e adequação do ambiente físico.

Descritores: Humanização na assistência ao parto; Parto; Enfermagem obstétrica; Acolhimento; Serviço de saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: to investigate the parturient's experiences and the feelings that involved her in the moments before the childbirth. **Method:** Grounded Theory (GT) was chosen as the theoretical and methodological framework for this study. Eleven mothers were interviewed and the questions addressed their perception, feelings and experiences about the welcoming in the unit. **Results:** From the analysis of the interviews, three guiding axes emerged and these were constructed from nine categories. It was found that humanization policies and programs in the obstetric area still do not meet the needs of parturients, which culminates in maladjustments in the process of childbirth and birth. **Conclusion:** Analyzes of this study show that women are sensitive to aspects such as relationships with professionals, care centered on the person with their weaknesses and adequacy of the physical environment.

Descriptors: Humanization in Christmas assistance; Obstetric nursing delivery; Reception Maternal and child health service.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las vivencias de la parturienta y los sentimientos involucrados en los momentos que anteceden el parto. **Método:** La Teoría Fundamentada - Grounded Theory (GT) fue elegida como referencial teórico y metodológico para este estudio. Once puérperas fueron entrevistadas y las cuestiones abordaron su percepción, sentimientos y vivencias acerca de la acogida en la unidad. **Resultados:** Del análisis de las entrevistas surgieron tres direcciones que se construyeron a partir de nueve categorías. Se constató que políticas y programas de humanización en el área obstétrica todavía no atiende a las necesidades de las parturientes, eso culmina en desajustes del proceso de parto y nacimiento. **Conclusión:** Análisis del estudio enseña que las mujeres son sensibles a aspectos como relacionamiento con los profesionales, cuidados centrados en la persona con sus fragilidades y adecuación del ambiente físico.

Descritores: Cuidado de la salud; Cuidado de enfermera; Seguridad del paciente.

Introdução

A implantação das políticas públicas de saúde da mulher iniciou-se nos anos de 1970 com a criação do Programa Materno – Infantil. Nos anos de 1980, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) atendeu a uma demanda fomentada por parte das mulheres e movimentos que apoiavam sua saúde e lhes deram voz.¹

A reflexão crítica sobre o processo de parto e nascimento remetem ao fato de que os direitos da mulher e dos recém-nascidos estão baseados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em que a saúde se figura como um direito básico. O binômio mãe – bebê deve ser tratado com respeito e dignidade e ter direito a uma assistência livre de danos, bem como a informações que devem ser prestadas em linguagem acessível.²

No início do século XXI, grandes mudanças e avanços na área materna e neonatal culminaram com a implantação de mais uma política pública: o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.³

Em 2011, o Ministério da Saúde, pela pactuação tripartite, priorizou, entre outras Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rede Cegonha (RC), que apresenta como focos a gestante e logo a da criança até 24 meses e tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos.⁴

A pretensão é que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, primando por uma assistência humanizada. O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, editado pelo Ministério da Saúde em 2014, explana o que se tem de mais atual e específico aos profissionais de saúde que atuam na área de obstetrícia, imbuído dos conceitos de humanização, acolhimento, defesa dos direitos humanos, equidade, diferenças regionais e diversidade cultural, assim como dos princípios do SUS e se em processo de implantação por todo o Brasil.⁵

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que prevê mudanças na relação profissional/paciente, pois está alicerçado em conceitos humanísticos, éticos e profissionais que inserem o paciente como parte do processo de produção da saúde. Visando assistir o paciente em suas necessidades, ouvindo-o e buscando resolutividade em relação aos problemas de saúde apresentados; prima também por respostas adequadas às dúvidas e por encaminhamentos eficazes que se fizerem necessários.⁶

Para que o acolhimento aconteça, é necessário que o profissional esteja imerso em humanização durante o atendimento. O conceito de cuidados humanizados na área da saúde não é novo; há alguns anos já se ouve falar de atenção humanizada. No Brasil, contudo, tal prática ficou em evidência a partir da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, criada em 2003.⁷

A responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia versa sobre o recebimento da parturiente de baixo risco, internação e realização do parto normal sem distócias, tal como a emissão de declaração de nascido vivo, desde a internação e durante o trabalho de parto. São competências do enfermeiro: prestar orientações e atender às demandas da parturiente, identificar distócias durante o parto e, se ocorrerem, conduzir o parto até a chegada do obstetra. Nesse contexto, as condutas do enfermeiro ganham espaço na equipe de obstetrícia e marcam profundamente as situações vivenciadas pelas parturientes; por isso a importância do perfil desse profissional.⁸

A falta de expertise e cômico humanístico no acolhimento do binômio mãe/recém-nascido proporciona um atendimento de má qualidade e altamente interventivo pelo não respeito aos direitos humanos básicos. Esses autores, a partir da literatura existente que principia dos direitos humanos até as políticas públicas desenvolvidas para assistência à mulher e à criança, compreendem o surgimento das políticas públicas voltadas à humanização.²

Nessa perspectiva, evidencia cientificamente que há a necessidade de tratar sobre a temática que é cada vez mais discutida e inserida nas agendas de formulação de políticas públicas de saúde. Pautado na integralidade da assistência, qualidade, cuidados holísticos, trabalho em equipe, acolhimento e a “humanização” das práticas de saúde, propõem a debater a dimensão e a subjetividade dos processos de trabalho nos serviços de saúde e a operacionalização destes.⁹

Observando-se que é necessário perceber que na gravidez ocorre uma ampla mudança na vida da mulher. Ela terá necessidade de reestruturar os papéis exercidos - ajustar-se ao papel de filha à condição de mãe e reajustar sua vida conjugal, situação econômica e atividade profissional. Tais modificações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais podem deixar a mulher mais suscetível e sensível aos acontecimentos e assim, desencadear uma crise emocional. Todavia, podem também implantar um potencial de resolutividade e resiliência.¹⁰

O enfermeiro é chave fundamental para o acolhimento da parturiente, tanto no pré-natal quanto nas unidades obstétricas, pois normalmente o primeiro contato da mulher com um profissional da saúde em unidades de saúde será com esse profissional. Cabe a ele acolher, orientar, humanizar o atendimento. O Ministério da Saúde, em sua cartilha sobre humanização no parto, afirma que “as unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, [...]. Isto requer ética e solidariedade por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição [...], assim ser acolhedor”.¹¹ O problema de pesquisa se baseou na desmitificação da percepção, sentimentos e vivências acerca do acolhimento na unidade das parturientes em momentos que antecederam o parto, objetivando investigar vivências da parturiente e os sentimentos que a envolveram nos momentos que antecederam o parto.

Este estudo possui relevância e discussão internacional nesse contexto de cuidados em unidades obstétricas para que possam tornar transformadora a realidade vivenciada. Investigar a vivência da parturiente, bem como as emoções que a envolvem, conhecer as percepções e os sentimentos maternos durante essa trajetória tornam-se relevante a partir da premissa de que o conhecimento relacionado à temática torna mais humano e acolhedor o profissional que gerencia o cuidar.

Método

O presente estudo tem abordagem qualitativa e é de caráter interpretativo, visto que permite analisar a vivência subjetiva de acontecimentos do cotidiano. Apresentada em 1967 pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico.¹²⁻¹³

O local de pesquisa foi uma unidade obstétrica comum do município de Barreiras, região oeste da Bahia entre outubro de 2014 a junho de 2015. Todos os serviços oferecidos são públicos, gerenciados pela esfera administrativa

municipal. A unidade é referência regional e se encontrava em processo de implantação da Rede Cegonha.

Quatro princípios guiaram a investigação: a imersão na realidade estudada, a vantagem epistêmica, a comparação contínua e o agnosticismo teórico. Para compreender a realidade do acolhimento na perspectiva das parturientes, optou-se por não buscar respostas em conceitos prontos, técnicos e políticos relacionados.¹⁴⁻¹⁵

Para a coleta de dados, foram empregados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico versando a respeito da: idade, data de nascimento, estado civil, número de filhos, procedência, escolaridade, profissão e ao pré-natal desenvolvido pelos autores; e, um roteiro semiestruturado contendo questões subjetivas, frequentemente adotado no desenvolvimento de estudos em que se aplica a *Grounded Theory*.¹²⁻¹³ Tal roteiro abrangeu questões relacionadas à subjetividade das parturientes conexas aos sentimentos vivenciados, como: no caminho percorrido até o seu internamento; na sua chegada a esta unidade de saúde, do atendimento na triagem e da internação; ambiente de atendimento na triagem; o atendimento do enfermeiro nesse ambiente; o ambiente de atendimento no pré-parto e a assistência prestada pelo enfermeiro e a algo sobre a sua experiência neste momento em que considerou mais importante.

As participantes investigadas compreenderam parturientes que: estiveram internadas na referida unidade obstétrica; foram recebidas na triagem e realizada a classificação de risco pelo profissional enfermeiro; tiveram processo de parturição no primeiro semestre de 2015, e que tinham no mínimo 12h de pós-parto para parto normal e 24h para parto cesárea.

As entrevistas foram registradas por um gravador de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Desse modo, após o memorando da entrevista, passou-se à segunda fase, a análise dos dados que foi realizada em duas etapas: a codificação e a construção das categorias.

Na análise dos dados coletados, estabeleceu-se um processo que partiu da realidade das entrevistadas, a qual foi geradora do modelo teórico. Houve um esforço em aguçar sua sensibilidade teórica para realizar os agrupamentos necessários de códigos fundamentados das falas. A partir das análises das entrevistas, no contexto e em virtude dos conteúdos analisados por qualidade das falas (códigos), criaram-se conceitos.

Os códigos foram agrupados, não por conceitos preexistentes, mas por semelhanças, diferenças e implicações mútuas, as quais fizeram emergir as categorias. Assim, a partir de um processo de comparação contínua entre os depoimentos, os códigos e as categorias em processo de construção, emergiram os eixos temáticos.

Durante o trabalho de comparação contínua, surgiram novos agrupamentos de códigos que se traduziram em nove categorias que serviram de base para reflexão teórica. Com o uso desse modelo foi plausível responder à pergunta de pesquisa de forma sistematizada e tornaram-se possíveis novas discussões sobre o tema.

A etapa de análise ocorreu concomitantemente à coleta de dados. Ao mesmo tempo, a busca contínua na literatura por conceitos identificados no estudo permitiu relacioná-los entre si e gerar uma teoria conforme figura 1:



Figura 1- Visão geral dos três eixos. Brasil, 2015.

Além disso, assegurou-se o anonimato dos participantes, os quais foram codificados pela letra inicial P, referente à palavra “parturiente”, seguida de um algarismo numérico para diferenciá-los entre si, o qual se referia ao número da entrevista respondida pelo profissional.

A Resolução 466/2012 orientou eticamente o estudo e obteve-se aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o CAAE 816.599, número de parecer 816.599 e aos princípios éticos da Declaração de Helsinki. Ademais, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o sujeito de pesquisa.

Resultados e Discussão

Observou-se que grande parte das entrevistadas era oriunda do próprio município, a faixa etária das parturientes variou entre 16 e 36 anos de idade e no que diz respeito à paridade, quatro entrevistadas estavam passando pela primeira vez a experiência de parturição (Tabela 1).

Acerca da procedência, mais da metade das entrevistadas eram moradoras de Barreiras, sendo quatro da sede do município e três da zona rural. As outras (n=4) provinham de municípios circunvizinhos que não possuem serviço de obstetrícia. Quanto à escolaridade, cinco possuíam o ensino fundamental e cinco o ensino médio. Em relação à profissão, quatro das entrevistadas relataram realizar atividade rural (lavradora) (Tabela 1). No total, oito das parturientes apresentaram bom nível de acompanhamento no pré-natal, pois realizaram de seis a doze consultas (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das parturientes de uma Maternidade de baixo risco, Brasil, 2015. (n=11).

Participantes	Idade	Nº de partos	Procedência	Escolaridade	Profissão	Nº de consultas pré-natal
P1	21	01	Barreiras	Médio incompleto	Aux. Adm.	8
P2	16	01	Barreiras-Zona Rural	Médio incompleto	Estudante	10
P3	27	04	Barreiras-Zona Rural	Fundamental incompleto	Lavradora	6
P4	18	01	Barreiras	Médio completo	Estudante	3
P5	19	02	Formosa Rio Preto	Fundamental incompleto	Lavradora	10
P6	36	03	Barreiras	Fundamental completo	Do lar	7
P7	33	03	Wanderley	Fundamental completo	Lavradora	5
P8	22	03	Barreiras	Fundamental completo	Do lar	3
P9	23	02	Riachão das Neves	Médio incompleto	Estudante	7
P10	31	02	Barreiras - Zona Rural	Médio completo	Lavradora	12
P11	32	01	Cotegipe	Superior completo	Subgerent e de loja	6

O eixo “Ponto de partida” (Figura 2) inclui a experiência sobre o deslocamento da entrevistada para o serviço de obstetrícia, a circunstância e/ou modo que essa parturiente chegou até a unidade obstétrica, os meios utilizados para tal deslocamento e a percepção sobre o ocorrido. Esse eixo expõe os seguintes códigos: I. O deslocamento, II. Complicações do deslocamento e III. A chegada/Como chegou.

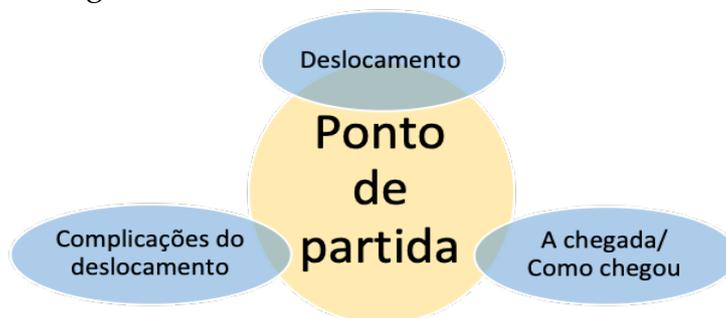


Figura 2. Eixo temático Ponto de partida. Brasil, 2015.

No eixo temático “Pessoa no seu contexto” obteve-se, após leituras incansáveis das entrevistas, a categoria IV. Fragilidade pelo processo. Seus códigos abarcam as fragilidades que as parturientes perceberam no processo de parturição (Figura 3). Pôde-se verificar o cumprimento do Manual da Rede Cegonha e a necessidade de ajustes, primando pela qualidade dos serviços.



Figura 3- Fragilidade pelo processo.

O mesmo eixo temático trata da assistência prestada às parturientes e evidenciaram-se as categorias: V. Sentir-se bem assistida pelo enfermeiro, VI. Valorização do serviço e VII. Sentir-se negligenciada, as quais elucidaram, por seus códigos, a vivência do processo de parturição e a percepção sobre o atendimento prestado (Figura 4).



Figura 4- Assistência (à pessoa no seu contexto).

No eixo temático que versa sobre o ambiente (“Ambiente físico”), verificaram-se as categorias VIII. Bem-estar (aprovação) e IX. Desconforto. Seus códigos deram voz às parturientes sobre suas percepções em relação ao ambiente que as acolheu (Figura 5).

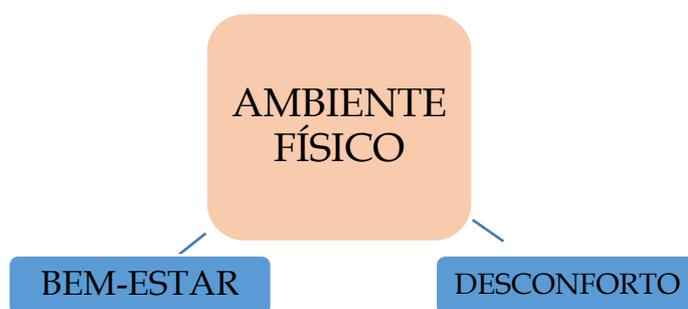


Figura 5- Ambiente físico.

Neste estudo avaliando os dados do questionário socioeconômico, é possível fazer algumas considerações relativas à faixa etária, na qual a participante mais jovem tinha 16 anos, sendo primípara, moradora de Barreiras e realizou número de consultas conforme previsto na normativa do Ministério da Saúde - mínimo de seis consultas. A parturiente mais velha, múltipara, estava com 36 anos; também residia em Barreiras e fez acompanhamento pré-natal adequado.¹⁶

Um estudo realizado no Acre enfatiza que, embora em pequena proporção, existem mulheres não submetidas a consultas de pré-natal ou que realizam poucas consultas. Essa ocorrência está relacionada aos fatores: pouca idade, menor grau de escolaridade, mulheres negras, múltiparas e residentes na zona rural, ponto este que corrobora com o nosso achado.¹⁷

No eixo temático “Ponto de partida”, observou-se nas falas das entrevistadas que todas acreditavam estar em franco trabalho de parto quando se deslocaram para a unidade obstétrica. As parturientes P7 e P3 discutiram com firmeza e certeza sobre a decisão de procurar a maternidade. A parturiente P2 relatou que esteve várias vezes na unidade e que chegou a ser cansativo o itinerário terapêutico.

Os serviços de saúde em obstetrícia precisam estar preparados para atender à demanda de forma qualificada e humanizada, apresentando condutas acolhedoras e sem encaminhamentos e procedimentos desnecessários. A instrução, durante o pré-natal, sobre os sinais e sintomas do início do trabalho de parto colaboraria para que a gestante e a sua família os reconhecessem e evitaria a ida precoce às maternidades.¹⁸ A vinculação da gestante à unidade na qual realizará o parto, desde a Atenção Básica e na continuidade do cuidado, é atributo da Rede Cegonha que pode contribuir em sobremaneira com a melhoria da qualidade da atenção ofertada.¹⁹

A Política Nacional em Saúde da Mulher^{3, 11,19} prevê a realização de ações pela equipe multiprofissional desde o pré-natal até o puerpério, incluindo consultas obstétricas e internação, quando necessárias. As orientações que a mulher e companheiro(a)/familiares devem receber nesse contexto também seriam responsáveis por evitar a violência obstétrica, na opinião de Pedrosa e Spink.²⁰

Um sentimento de alívio, calma e bem-estar foi vivenciado por três mulheres deste estudo: P7, P8 e P10. Cabe ressaltar que elas estavam no segundo ou terceiro parto, ou seja, já conheciam o serviço de obstetrícia. As parturientes P4, P6, P9 e P11, tiveram uma consulta anterior ao dia de seu parto, em que o médico obstetra pôde constatar a necessidade de parto cesáreo, retornando assim no dia seguinte para a internação. As entrevistadas, P1 e P8, não tiveram boa percepção quanto à sua chegada, encontravam-se com dor, não

desejavam retornar para suas residências, contudo, foi o que tiveram que fazer após avaliação médica e isso as deixou muito insatisfeitas.

O procedimento cirúrgico pode ainda levar à grande ansiedade pelo medo da anestesia e de erros durante o procedimento anestésico-cirúrgico.²¹ Por isso, o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia ^{7,19,22-23} prevê a realização de uma criteriosa avaliação para internação de gestantes em trabalho de parto. Por conseguinte, existe um momento adequado para que ocorra a internação, com vistas a se minimizar os riscos para gestante e concepto. Além disso, o ideal é que ambos permaneçam o menor tempo possível em instalações obstétricas, pois internações prolongadas podem causar alterações no seu estado emocional e prejudicar o andamento do parto.

No eixo temático, a pessoa no seu contexto buscou evidenciar as fragilidades durante o processo e objetivou evidenciar os sentimentos das parturientes, em seus relatos, demonstraram sentimentos tidos como negativos: “medo”, “insegurança”, “se sentiu mal”, “risco de o bebê morrer”, “medo da internação”. Tais sentimentos podem estar presentes em maior ou menor grau, a depender do que é vivenciado no ambiente obstétrico em estudo.

O trabalho de parto é vivenciado como uma mudança drástica na dinâmica corporal em poucas horas, com contrações uterinas e dores. A mulher deseja muitas vezes ter autocontrole e participar ativamente desse momento, o que nem sempre é assegurado a ela. Devido a esse contexto, a gestante pode demonstrar grande preocupação consigo e com o bebê, podendo sentir-se culpabilizada caso ocorra algo errado.²⁴⁻²⁶ E inclusive, de modo geral, a organização dos sistemas de saúde e os próprios profissionais instigam este pensamento de responsabilização da mulher por acontecimentos que prejudicam a sua saúde e a do bebê, constantemente atribuindo às suas escolhas os resultados e acontecimentos com a gestação, parto e puerpério.

Na categoria que trata da assistência, foi possível abarcar questões relacionadas com o sentir-se bem assistida, valorização do serviço e com o sentir-se negligenciada. Todas envolvem a assistência do enfermeiro (a) prestada no ambiente da pesquisa. As entrevistadas apresentaram boa percepção sobre esse atendimento. Houve relato de sentimentos/percepções como: “zelo”, “atenção”, “apoio”, “eficiência”, “segurança”, “rapidez no atendimento”, “bem-estar”, “calma e educação no atendimento”. Isso configura com clareza a relação e o atendimento humanizado que se deseja ter e conforme preconiza o manual do Ministério da Saúde Humaniza SUS¹⁹ e os demais protocolos assistenciais.

Outra literatura também indica que muitas unidades obstétricas vêm modificando seus atendimentos pautados na legislação vigente; como exemplo, o estudo de Rattner,²⁷ que enfatizam a promoção dos cuidados humanizados e a presença do enfermeiro obstetra, parteira ou doula para promoção do bem-estar da mulher nos momentos do parto.²⁸⁻²⁹

No eixo temático “Ambiente físico” consolidaram-se as categorias Aprovação do ambiente/Bem-estar e Desconforto (que o ambiente obstétrico causou). Os ambientes explorados na pesquisa foram todos em que a parturiente esteve: recepção, triagem e pré-parto. Desse modo, foi possível elencar algumas considerações.

Muitas das entrevistadas relataram o ambiente como bom, acolhedor, organizado e confortável e uma delas, inclusive, relatou ser melhor que alguns ambientes de atendimento particulares. É importante realçar que cinco dessas mulheres vinham de municípios circunvizinhos que não possuem atendimento

em obstetrícia, dessa forma, sem nenhuma experiência em ambientes obstétricos para ter parâmetros comparativos. No entanto, em seu senso comum esses ambientes tiveram aprovação.

A RDC nº 50³⁰ orienta a construção de ambientes hospitalares e auxilia no planejamento e organização destes e, com a instituição da Rede Cegonha,⁴ tornou-se necessário adaptar os ambientes em obstetrícia a partir da demanda local.

Assim, é imprescindível salientar que a parturiente é a protagonista do evento e tem espaço para exercer suas escolhas de forma consciente e orientada. Logo, seu parto deve ser considerado em suas várias dimensões, como um evento biológico, social, afetivo em que a assistência deve ser prestada com base em evidências científicas e preceitos éticos e humanísticos.

Esta pesquisa teve limitações pelo fato de que talvez a compreensão destas parturientes não possa representar a de todas as outras. Todavia, não implica no fato de o estudo ter identificado a realidade de uma instituição de saúde pública e conseqüentemente, estimular melhorias nos programas de atendimento e protocolos institucionais no gerenciamento no que tange ao atendimento inerente às parturientes.

Conclusão

Foi possível perceber que as parturientes se encontravam fragilizadas em decorrência do processo de parturição. Muitas apontaram boas vivências nessa fase, porém se apresentaram insatisfeitas em alguns momentos, tanto pelo fato do não atendimento às leis e políticas que regem a saúde da mulher, quanto pelo atendimento deficitário de enfermagem prestado. A realidade constatada pode ser justificada pelo serviço estar passando por fase de implementação, dessa maneira, o estudo demonstra que as necessidades não estão sendo atendidas.

As fragilidades apresentadas pelas mulheres da pesquisa nos remetem a refletir sobre pontos que são passíveis de melhoria ou mudança. O acolhimento da equipe necessita de constante aperfeiçoamento para que a qualidade no atendimento seja mantida, pois ficou evidente que o ambiente, não apenas físico, mas processual, interfere de forma positivamente ou negativamente sobre a mulher que vivencia o momento de parturição.

Referências

1. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanization in primary health care from the viewpoint of elderly. *Saúde Soc.* 2014; 23(1):265-76. doi: 10.1590/S0104-12902014000100021.
2. Davis-Floyd R, Bonaro DP, Davies R, Ponce de Leon RG. The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* 2010;4(4):93-103.
3. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal manual técnico 3ed. [Internet]. Brasília; 2000 [Acesso em: 07 jun 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2351, de 05 outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 (BR) [Internet]. Brasília, 2011 [Acesso em: 10 mai 2015].

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html.

5. Ministério da Saúde (BR). Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria [Internet]. Brasília; 2014 [Acesso em: 17 jan 2015]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetria.pdf>.

6. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. Brasília; 2010 [Acesso em: 14 agos 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

7. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília; 2004 [Acesso em: 28 maio 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

8. Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do Enfermeiro em Obstetria. Rev Bras Enfer. 2010;63(3):464-69. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>.

9. Veras RM, Morais FRR. Practices and meaningful about humanization in the maternal-infant healthcare under health workers perspective. Sau & Transf Soc. 2011;1(3):102-12.

10. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini AC. Before and After: Expectations and Experiences of Mothers Concerning Labour. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005; 18(2):247-54.

11. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília; 2002 [Acesso em; 05 out 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

12. Corbin J, Strauss AL. Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Aeitschrift für Soziologie*. 1990; 19(6):418-427.

13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.

14. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

15. Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T, Moreira RS. The Grounded Theory as a methodological approach for qualitative research in dentistry. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(3):789-797. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300029>

16. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção humanizada e qualificada. Brasília; 2005 [Acesso em: 10 jun 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf.

17. Cavalcante SO, Dotto LMG, Koifman S, Cunha MA, Oliveira MFS, Mamede MV, et al. Atenção pré-natal no município de Rio Branco -Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. *Rev Baiana de Saúde Públ*. 2011; 35(3):661-75-675.

18. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enfer*. 2010; 15(3):441-47.

19. Ministério da Saúde (BR). Guia Prático de Matriciamento em Saúde mental. Dulce Helena Chiaverini (Org). Brasília; 2011 [Acesso em: 11 ago 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-36327>.

20. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Soc*. 2011; 20(1):124-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>.

21. Melchior LMR, Soares BRAS, Prado MA, Amorim CKA, Queiroz BAL, de Sousa TV, et al. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enfermería Global*. 2018;17(52):64-96. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.174.309091>

22. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento Cadernos Humaniza SUS [Internet]. Brasília; 2014 [acesso em: 30 jun 2015]. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf.

23. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde coletiva*. 2005;10(3):627-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
24. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(12):2647-655. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200014>
25. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(Supl.1):52-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>
26. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500023>
27. Rattner D, Santos MI, Lessa H, Diniz SG. ReHuNa – A rede pela humanização do parto e nascimento. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4(4):215 - 228. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.849>
28. Lima AR, Pereira MC, Moraes -Filho IM. Vivência do pré-parto como doula e acadêmica de enfermagem: um relato de experiência. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2019;2(4):144-148
29. Mesquita AL, Souza VAB, Moraes-Filho IM, Santos TN, Santos OP. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2016;5(2): 158-70
30. Brasil. RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002 (BR) [Internet]. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*. 21 fev 2002 [acesso em: 23 nov 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_2102_2002.html.

Autor de Correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.
Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP: 70390-130. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br