

AMPLIACIÓN DE PERSPECTIVAS Y PRÁCTICAS: ESCUCHAR A LAS MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE PARTO NORMAL

AMPLIANDO OLHARES E PRÁTICAS: ESCUTA ÀS MULHERES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL

BROADENING GLANCES AND PRACTICES: LISTENING TO WOMEN ATTENDED AT A NORMAL BIRTH CENTER

Maria Rafaela Amorim de Araujo¹, Fernanda Celiberti Soveral Pelizzoli², Viviane Maria Gomes de Araújo³

Fuentes de financiación: Capital propio.

Filiación del manuscrito: Trabajo final de la Residencia en Enfermería Obstétrica en el Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira (IMIP).

Como citar este artículo: Araujo MRA, Pelizzoli FCS, Araújo VM. Ampliación de perspectivas y prácticas: escuchar a las mujeres atendidas en un centro de parto normal. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2021 [consultado el: ____]; 10(3):e202130. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i3.4649>

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción que tienen las mujeres sobre la asistencia que recibieron en el Centro de Parto Normal del Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira. **Método:** Investigación descriptiva y exploratoria, con un enfoque cualitativo. Realizada en un Centro de Parto Normal en Recife - Pernambuco, con 18 puérperas. Se utilizó la técnica de observación participante y entrevistas semiestructuradas, analizadas a partir de la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Se observó un espacio saludable y acogedor, con derecho a un acompañante durante todo el período. La mayoría de los partos ocurrieron sin ninguna intervención, priorizando los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor. En el período posterior al nacimiento, se informó el respeto por la 'hora dorada', para minimizar la separación entre la madre y el bebé. **Conclusión:** Predominó la satisfacción con la atención de enfermería, los cuidados técnicos y humanos siguen las buenas prácticas para la atención al parto.

Descriptor: Servicios de Salud Materno Infantil; Parto Humanizado; Satisfacción del Paciente; Enfermeras Obstetras.

¹ Enfermera por la Universidad de Pernambuco (UPE). Estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Fundación Oswaldo Cruz Pernambuco (Fiocruz PE) – Instituto Aggeu Magalhães (IAM). <http://orcid.org/0000-0002-9565-6285>. E-mail: rafaelaamorim.enf@gmail.com

² Enfermera por el Centro Universitario Maurício de Nassau - Recife (UNINASSAU). Máster en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz Pernambuco (Fiocruz PE) – Instituto Aggeu Magalhães (IAM). <http://orcid.org/0000-0002-1412-806X>

³ Enfermera por la Universidad de Pernambuco (UPE). Máster en Hebiatría por la UPE. <http://orcid.org/0000-0002-9195-4074>

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção das mulheres sobre a assistência que receberam no Centro de Parto Normal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Realizada em um Centro de Parto Normal do Recife - Pernambuco, com 18 puérperas. Utilizou-se a técnica de observação participante e entrevistas semiestruturadas, analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Observou-se um espaço saudável e acolhedor, com direito a acompanhante durante todo o período. A maioria dos partos ocorreu sem nenhuma intervenção, com destaque para os métodos não farmacológicos de alívio da dor. No período após o nascimento foi relatado o respeito à 'hora dourada', no sentido de minimizar a separação entre mãe e bebê. **Conclusão:** A satisfação com a assistência de enfermagem foi o sentimento que predominou, os cuidados técnicos e humanos seguem as boas práticas de atenção ao parto.

Descritores: Serviços de Saúde Materno-Infantil; Parto Humanizado; Satisfação do Paciente; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of women who received assistance at the Normal Birth Center of the Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine. **Method:** It followed a descriptive exploratory design, of qualitative approach. Accomplished at Normal Birth Center, located in the city of Recife - PE, with 18 postpartum women. The participant observation technique was used and semi-structured interviews, analyzed using the content analysis technique. **Results:** A healthy and welcoming space was observed, entitled to companion throughout the period. The most births occurred without any intervention, especially non-pharmacological pain relief methods. In the period after birth, respect for the 'golden hour' was reported, in order to minimize the separation between mother and baby. **Conclusion:** The satisfaction with the care received was the predominant feeling, technical and human care follow the good practices of childbirth care.

Descriptors: Maternal-Child Health Services; Humanizing delivery; Patient Satisfaction; Nurse Midwives.

INTRODUCCIÓN

El desplazamiento del cuidado femenino por el poder médico y la institucionalización del parto en los hospitales, inscribió el embarazo en la lógica de la patología, sobrevaloró los riesgos y subestimó la capacidad de la mujer para dar a luz sin necesidad de todo el aparato tecnológico.¹⁻² Además, la mujer pasó a ser ignorada como sujeto activo y consciente, libre para gestar y parir según

sus deseos, lo que contribuyó a las relaciones de dominación de género.¹

A mediados de la década de 1980, con la expansión de los grupos feministas, el tema de la salud de la mujer comenzó a ganar espacio e importancia en Brasil.² Ante un contexto fuertemente marcado por la denominada epidemia de cesáreas, se incorporó la comprensión del parto como tema en la agenda de derechos reproductivos, el movimiento feminista denunció la violencia obstétrica y la

ausencia del protagonismo femenino.¹ Hubo una aproximación al enfoque humanizado, que luchaba por la revalorización de las dimensiones sexual, social y espiritual del nacimiento.²

El Ministerio de Salud (MS), a partir de la década de 1990, publicó disposiciones a favor de la humanización de la asistencia al parto. En 1999 estableció el Centro de Parto Normal (CPN) en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), y en 2015 redefinió los lineamientos para su implementación y habilitación de acuerdo con el componente 'parto y nacimiento' de la *Rede Cegonha*. Como parte de esta red asistencial, el CPN tiene el objetivo de promover la humanización y la calidad de la atención a la mujer en la asistencia al parto normal sin distocia, puede funcionar físicamente integrado o separado del hospital, y el equipo mínimo está compuesto por enfermeras obstetras.³

Si bien el CPN fue creado hace más de veinte años, hay un número reducido de unidades en Brasil, esto probablemente sea un reflejo de la hegemonía del parto medicalizado y hospitalario y de los conflictos derivados de la división técnica y social.⁴ En este lugar el parto es considerado como un proceso fisiológico y las enfermeras obstetras se encuentran entre los profesionales más idóneos para su acompañamiento y contribuyen a que su

evolución sea natural, debido a que la atención que brindan se caracteriza por ser lo menos intervencionistas posible.⁵ La atención de calidad a la mujer en trabajo de parto es un derecho fundamental y representa un paso indispensable para garantizarle que pueda ejercer una maternidad voluntaria, placentera, segura y con apoyo social.²

Sin embargo, hay pocos datos sobre la calidad de la atención en el CPN, según la perspectiva de las mujeres atendidas.⁴ La percepción de las usuarias refleja los diferentes momentos de la atención, y la forma en la que se brinda o recibe la misma. Por lo tanto, conocer a través de las usuarias cuál es la realidad de este modelo de atención obstétrica en una institución del noreste de Brasil, permite ampliar una estrategia de atención más respetuosa y humanizada. Por ende, la pregunta orientadora de este estudio es: '¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres sobre la asistencia que recibieron en el CPN del Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira (IMIP)?'. El objetivo fue analizar la percepción que tienen las mujeres sobre la asistencia que recibieron en el CPN del IMIP.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, que ahonda en el mundo de los significados de

las acciones y relaciones humanas, fenómenos que no pueden reducirse a ecuaciones, promedios y estadísticas.⁶ El escenario fue el IMIP, ubicado en la ciudad de Recife, PE, es una institución filantrópica vinculada al SUS y que tiene una trayectoria en la atención de mujeres embarazadas de alto riesgo. La investigación se llevó a cabo, más concretamente, en el CPN, que fue rediseñado como un nuevo espacio en julio de 2018 para atender a las gestantes con embarazos no considerados de riesgo. Clasificado como tipo II, por estar ubicado en las instalaciones internas del hospital, cuenta con cinco camas y atiende parto, parto y posparto (PPP).³ La asistencia es llevada a cabo en el lugar por un equipo conformado por enfermeras obstetras y técnicas en enfermería.

La población de estudio estuvo conformada por mujeres en el puerperio inmediato, atendidas en el CPN del IMIP durante el trabajo de parto y parto, y de 18 años o más. Fueron excluidas las mujeres que tuvieron alguna complicación durante el parto y necesitaron más atención. La muestra fue aleatoria, delimitada por el criterio de saturación de datos, definido como la suspensión de inclusión de nuevas participantes cuando los datos obtenidos comenzaban a presentar, según la evaluación de las investigadoras, cierta

redundancia o repetición.⁷ Por lo tanto, se seleccionaron 18 participantes.

La recolección de datos se realizó en febrero de 2019, mediante observación participante registrada en un diario de campo y entrevistas semiestructuradas con grabación de audio. Como se mencionó anteriormente, la pregunta orientadora fue: '¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres sobre la asistencia que recibieron en el CPN del IMIP?'. Los temas estudiados fueron: recepción de la institución, percepción del espacio físico, permiso de acompañante, trato recibido por los profesionales, procedimientos realizados y satisfacción con la atención. Las entrevistas se realizaron dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, en la habitación privada en la que se encontraba alojada la paciente.

Luego de ser transcritas, las entrevistas fueron sometidas al análisis de contenido propuesto por Bardin, que implica un conjunto de técnicas de análisis de la comunicación y se organiza en torno a tres polos cronológicos: 1) preanálisis, donde se realizó la llamada lectura 'flotante'; 2) codificación, que es el proceso mediante el cual se transforman los datos brutos; 3) tratamiento de los resultados, etapa en la que también se realiza la interpretación de los datos.⁸ De este análisis surgieron tres categorías, que fueron elaboradas siguiendo el criterio de

relevancia en función del objetivo y de la literatura científica orientadora del estudio.

Cabe mencionar que la recolección de datos se inició solo después de haber obtenido la aprobación del Comité de Ética en Investigación del IMIP, con dictamen 3.077.874; se siguieron las recomendaciones de la Resolución nro. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS), que trata sobre la investigación con seres humanos.⁹ Todas las participantes, después de recibir la información necesaria relevante para el estudio junto con el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FICF), aceptaron voluntariamente participar en la entrevista. Con el objetivo de mantener el anonimato y en homenaje a la Sra. Prazeres

(enfermera y partera, Patrimonio Vivo de Pernambuco), las participantes fueron codificadas con el nombre 'Prazeres', seguido de un número para representar el orden de participación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El perfil de las 18 mujeres que participaron del estudio se detalla en la Tabla 1. Sus edades oscilaron entre los 19 y los 35 años, con una media de 25 años (desviación estándar \pm 4,9). La mayoría se autodeclaró de raza/color de piel morena (88,9%), tenía escuela secundaria completa (38,9%) y era ama de casa (66,7%) (Tabla 1). Además, la paridad media fue de dos hijos (desviación estándar \pm 1) y cuatro mujeres eran primíparas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las púerperas atendidas en el Centro de Parto Normal, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife, 2021.

Características	N	%
Raza/color		
Morena	16	88,9
Blanca	02	11,1
Situación conjugal		
Pareja estable	15	83,3
Casada	02	11,1
Soltera	01	5,6
Educación (nivel)		
Primaria incompleta	05	27,7
Secundaria incompleta	04	22,2
Secundaria completa	07	38,9
Superior incompleta	01	5,6
De Posgrado completa	01	5,6
Ocupación		
Ama de casa	12	66,7
Analista de tecnología de la información	01	5,6
Autónoma	01	5,6
Empleada	01	5,6
Peluquera	01	5,6
Estudiante	01	5,6
Vendedora de pescado	01	5,6

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Buenas prácticas durante el trabajo de parto y el parto

Al ingreso, la gestante es remitida al CPN y el primer aspecto que llama la atención es el ambiente, es un espacio planificado de acuerdo a las necesidades de las usuarias y trabajadoras -saludable, acogedor y confortable.¹⁰ Hay cinco suites privadas, denominadas con nombres de flores para identificarlas, cuentan con una sala de PPP y un baño con ducha de agua caliente, uno de los cuales también tiene bañera. Todas las mujeres entrevistadas calificaron el lugar como ideal para vivir la experiencia del parto y del nacimiento, mencionaron factores como la higiene, el silencio y la privacidad. Lo expresaron de la siguiente manera:

Pensé que estaba bien, pensé que iba a ser una habitación llena de gente, esa agonía que vemos, ¿viste?, pero estuvo bien (Prazeres 9).

Tenía confianza incluso por el ambiente en el que estaba [...] Todo limpio, todo tranquilo, todo bien organizado, no se olvidaron de nada (Prazeres 1).

Tuve privacidad para todo, porque ellos me avisaban todo, me pedían permiso, me sentí bien, muy bien (Prazeres 18).

El espacio adecuado también incluye la política interna que permite, durante el trabajo de parto y el parto, la presencia de dos acompañantes de libre elección de la paciente y además de una doula. Las elecciones que realizaron las participantes sobre quiénes serían sus acompañantes variaron entre la madre, la suegra, los

amigos y la pareja. Los beneficios reconocidos estaban principalmente relacionados con el aspecto emocional, que favorece la comodidad y el empoderamiento de la mujer, minimizando la ansiedad y el estrés, un estudio realizado en un CPN de Piauí arrojó hallazgos similares.¹¹

Ah, cuando la persona tiene una persona conocida por la persona, la persona sufre, pero sabe que tiene a esa persona al lado ayudándola (Prazeres 13).

Recomiendo de verdad que todas tengan una doula, porque como una no sabe mucho sobre el proceso, hay momentos en los que una está tan cansada que piensa que no puede aguantar más, ¿sabes?, y ella te da apoyo moral y físico, mucho apoyo para mí y para mi esposo también (Prazeres 12).

Como se destaca en el discurso anterior, además de su esposo como acompañante, una parturienta fue asistida por una doula privada. Fue la única que contó con esa atención específica, ya que la maternidad no cuenta con un programa de doulas voluntarias. Se considera doula a una mujer con el conocimiento y la capacidad de brindar apoyo físico (masajes, ejercicios, ayuda para la respiración) y emocional (tranquilizar, alentar, informar). Dicha participación en la asistencia puede aumentar la satisfacción del paciente, por lo que es necesario avanzar en la discusión para que el rol de la doula sea reconocido y validado.¹²

El apoyo de personal ajeno al equipo hospitalario no altera las funciones de asistencia de las enfermeras. Las recomendaciones enfatizan, además del apoyo, métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto.¹³ Entre las principales prácticas, se observaron masajes, duchas y aromaterapia. Además, se las incentivo a que se movieran y adoptaran posiciones más verticales que les resultasen más cómodas, como dicen las mujeres:

La enfermera me dio un masaje, me di un baño caliente [...] (Prazeres 4).

Caminé, usé la pelota, hice ejercicio con lo que tienen allí, sentadillas (Prazeres 7).

Me mostraron cuál era la mejor posición para que el bebé baje, para mí también fue genial (Prazeres 14).

Las posturas verticales y la movilidad materna durante la primera etapa del trabajo de parto pueden mejorar la progresión del trabajo de parto y promover mejores resultados maternos y neonatales.¹⁴ Por lo tanto, las mujeres embarazadas deben tener acceso a información basada en evidencia que fomente su autonomía en la toma de decisiones. Como en el siguiente informe, incluso cuando decidan quedarse en cama, deben ser respetados:

Tuve la libertad de adoptar la posición que quería, me dejaron acostada. No dijeron 'tienes que levantarte para caminar, sentarte en la pelota'. Me acosté y me dejaron tranquila (Prazeres 15).

Asimismo, se consideró el deseo de las parturientas de comer y beber durante el trabajo de parto, comenta Prazeres 6: *En el trabajo de parto estaba comiendo, incluso almorcé.* Mientras que Prazeres 17 dice que: *No comí, vomitaba y bebía mucha agua.* El MS recomienda la ingesta de líquidos, preferentemente soluciones isotónicas en lugar de solo agua, y una dieta ligera.¹³

La narrativa de las participantes sugiere que, en general, los cuidados técnicos siguen las buenas prácticas de atención al parto. La Resolución nro. 36/2008, que establece la reglamentación técnica para el funcionamiento de los servicios de atención obstétrica y neonatal, sugiere los siguientes procesos operativos de atención: realizar auscultación fetal intermitente; control de los signos vitales de la madre; evaluación de la dinámica uterina; de la altura de la presentación, de la variedad de posiciones, del estado de las membranas, de las características del líquido amniótico, de la dilatación y borramiento del cuello uterino, y el registro de esa evolución en el partograma.¹⁵ Como notamos en el discurso de Prazeres 8: *Ellas realizaban el tacto como máximo cada cuatro horas y ya tenían horas fijas para escuchar el corazón. [...] Entonces venía, escuchaba, me tomaba la presión, me ponía el termómetro, todo bien hecho.*

Hubo divergencias en cuanto a la sensación que tenía cada mujer ante los procedimientos obstétricos, algunas no

percibieron ningún tipo de malestar, mientras que otras experimentaron dolor y malestar. Por ejemplo, en el caso del tacto vaginal, que se recomienda realizar cada cuatro horas¹⁶, hubo quienes demostraron que les pareció extraña la restricción de la frecuencia y el número total de exámenes:

Yo pedía que me hicieran tacto, ella dijo 'no, aquí solo realizamos el tacto más sobre el final' (Prazeres 6).

Del total de los partos, 12 se llevaron a cabo sin ninguna intervención; tres mujeres fueron sometidas a rotura artificial de la membrana amniótica, una recibió una infusión de oxitocina y dos pasaron por ambas intervenciones, que se utilizan para lo que se denomina 'tratamiento activo', con el fin de acelerar el trabajo de parto. Como se muestra en los extractos de la entrevista a continuación:

Porque cuando entré estaba con cinco (centímetros de dilatación), pero el problema fue que después mis las contracciones pararon, no tuve más. Tuvieron que ponerme suero para ver si volvían las contracciones, luego mi bolsa terminó estallando y ahí fue cuando volvieron (Prazeres 7).

Me preguntaron si quería (amniotomía), le dije que quería para agilizar (Prazeres 2).

Una revisión sistemática detectó que se registraba una moderada reducción en el número de cesáreas cuando se practica el manejo activo del trabajo de parto, en comparación con el manejo expectante. Sin embargo, hay que evaluar los beneficios de esta pequeña reducción en comparación

con los riesgos que puede ocasionar la intervención en mujeres con embarazos no considerados de riesgo.¹⁷

Humanización del parto y cuidados posparto

Los Lineamientos Nacionales de Atención al Parto Normal indican que el período inmediatamente posterior al nacimiento es un momento muy sensible, y que la atención debe estar orientada a minimizar la separación entre la madre y el hijo.¹³ En los informes, se puede ver que se respetó la 'hora dorada' con prácticas como el contacto piel a piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento durante al menos una hora; el pinzamiento tardío del cordón umbilical; estimular a la madre para que reconozca cuando el bebé está listo para amamantar, ofreciéndole ayuda si es necesario¹⁶:

Inmediatamente la pusieron en contacto conmigo y me dijeron que la amamantara también (Prazeres 7).

Ella tomó el pecho durante casi una hora completa, lo que creo que es único, algo que no se ve en otro tipo de partos, ¿no? [...] Solo cortamos el cordón después de que salió la placenta, incluso fue mi esposo quien lo cortó. Entonces esperamos que saliera la placenta, luego cortamos el cordón umbilical, me preguntaron si quería hacer algo con el cordón, si quería hacer algo con la placenta (Prazeres 12).

También se observó el valor que le daba el equipo a los aspectos subjetivos que intervienen en ese momento, como la

oportunidad que tuvo el acompañante de cortar el cordón umbilical. Así como, para algunas mujeres, el contacto con la placenta tuvo diferentes significados, superando la construcción biomédica del residuo clínico. Si bien no es una práctica que se realiza en todos los turnos, la impresión de la placenta (impresión hecha en un lienzo) demostró ser un poderoso símbolo de la maternidad, el nacimiento y la vida.

La vi, tomé mi placenta, me la puse encima, le tomé una foto, hicimos una impresión, ahí está mi impresión de su placenta (Prazeres 1).

Pedí pintarla (placenta) para conservarla, pero tomó tanto tiempo, demoró, demoró y quedó en la nada (Prazeres 5).

En este escenario, la única intervención que marcó el período de posparto inmediato para siete de las 11 mujeres que tuvieron una laceración perineal fue la sutura de reparación. El CPN valora la tasa cero de episiotomía, dado que no hay evidencia que sustente la necesidad de practicarla de forma rutinaria o deliberada,¹⁶ pero según los reportes se asume que hay un porcentaje significativo de laceraciones espontáneas. La *Cochrane Data base of Systematic Reviews* realizó una revisión para evaluar el efecto de las técnicas perineales durante la segunda etapa del trabajo de parto sobre la incidencia de trauma perineal, y sugiere que las compresas calientes y los masajes pueden reducir las lesiones de tercer y

cuarto grado, pero no estaba claro el impacto de estas técnicas en otros resultados.¹⁸ Otra revisión concluyó que no hay evidencia suficiente para evaluar los beneficios y riesgos entre suturar y no suturar laceraciones de segundo grado.¹⁹ Pero la satisfacción de las mujeres puede mejorar cuando no se realiza la sutura, dado que fue descrita como un procedimiento doloroso e incómodo:

Ella se fijó si necesitaba un punto, luego me puso anestesia y me molestaba, tenía que ponerme anestesia todo el tiempo porque me dolía (Prazeres 5).

Tenía una laceración, creo que así se llama. Me molestaba mucho [...] Ya no tenía fuerzas para nada (Prazeres 4).

Satisfacción con la asistencia y reconocimiento de las enfermeras

El sentimiento que predominó en las participantes de esta investigación fue la satisfacción con la atención recibida, en general con los factores técnicos y humanos. La relación interpersonal se destacó como un factor importante para la promoción de la humanización, dado que las mujeres se sintieron contenidas y apoyadas, lo que les generó una mayor confianza y seguridad en el trabajo de parto y el parto.¹² A continuación se muestran algunos ejemplos:

Siento que todavía hay mucha violencia obstétrica por ahí [...] He escuchado muchos testimonios. Pero aquí no, así que quisiera que todas las

mujeres pudieran pasar por la misma experiencia que yo tuve, porque fue genial (Prazeres 1).

Cuando mi acompañante tuvo que bajar a almorzar, ella vino (enfermera) y se quedó conmigo hablando en la habitación, cuando sentía dolor, me daba un masaje. Entonces estuvo bien, me dio confianza, me gustó esa parte, fue diferente (Prazeres 8).

Fue maravilloso, solo siento gratitud, no hay nada que decir sobre las chicas. Realmente ayudan, los masajes, las charlas y veo que es un lugar donde la gente trabaja con amor (Prazeres 16).

Los discursos sugieren una relación entre la usuaria y la profesional, pero hubo un factor de confusión que fue la imprecisión en cuanto al nombre y categoría profesional de la responsable del nacimiento. Una mujer no recordaba que las profesionales se hubieran identificado, otra manifestó que no se presentaron, tres dijeron que se presentaron solo con el nombre y 13 afirmaron que les informaron el nombre y la categoría la profesional - de estas últimas la mayoría no recordaba los datos de la presentación. En las declaraciones, las participantes identificaron generalmente a la responsable de la asistencia del parto como médica, aunque el equipo está constituido exclusivamente por enfermeras obstetras y técnicas en enfermería:

(¿Sabes cuál es la profesión de la persona que te atendió?) Enfermera, creo que la jefa también, médica también (Prazeres 14).

No recuerdo el nombre, pero eran dos pasantes y dos médicas (Prazeres 5).

Todas las que entraron se presentaron, charlaron. Pero la persona que siente dolor no presta mucha atención (Prazeres 8).

Aunque se hayan presentado con nombre, su posición en el equipo y lo que les corresponde realizar, se nota que las mujeres entrevistadas no reconocen la labor de las enfermeras. Los desafíos surgen a través de una constelación de poderes, lo que demuestra que la tarea es compleja. Se trata de un movimiento lleno de tensiones, de ir en contra del orden establecido y hacia un modelo centrado en la mujer y desmedicalizado.²⁰

CONCLUSIÓN

En definitiva, el CPN fue evaluado positivamente por los informes maternos, confirmando la premisa de que el ambiente y las buenas prácticas de cuidado interfieren en la calidad de la asistencia del parto. La atención de la enfermera obstetra se destacó por su apoyo y seguimiento continuo en el trabajo de parto y parto, con el uso de tecnologías no invasivas y el respeto a la mujer. Se espera darle visibilidad a la importancia de esta profesión para la reconfiguración del escenario asistencial, mediante una labor autónoma y calificada. En este sentido, también es fundamental fortalecer el SUS y las políticas públicas de salud materno infantil, incluso fomentar la construcción de nuevos CPN.

El movimiento por la humanización del trabajo de parto y del nacimiento incluye a diferentes actores, aquí se rescató el rol central de la mujer en este proceso. La percepción que tienen las mujeres entrevistadas generó información relevante, que debe ser considerada por los profesionales de la salud, con el fin de mejorar la calidad de la atención. Por lo tanto, la atención más eficaz es aquella dirigida a las necesidades de las parturientas, guiada por los derechos sexuales y reproductivos, y basada en la evidencia científica.

Este estudio se limitó a un solo CPN, que tiene sus especificidades contextuales; sin embargo, se pueden encontrar resultados similares en otros establecimientos que sigan las pautas definidas por el MS. Otra limitación fue que solo se analizaron los significados que les atribuyeron las mujeres en el posparto a la asistencia obstétrica, no se estudió la perspectiva de otros actores involucrados en este proceso, como los familiares y las enfermeras. De todas formas, este trabajo avanza en la construcción de conocimientos poco explorados en el escenario materno infantil, y destaca el aporte de la enfermería obstétrica.

REFERENCIAS

1. Pimentel C, Rodrigues L, Müller E, Portella M. Autonomia, risco e

sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. REALIS [Internet]. jan/jun 2014 [citado em 20 dez 2021]; 4(1):166-85. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813/8788>

2. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê humanização do parto [Internet]. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2002 [citado em 25 maio 2019]. 40 p. Disponível em:

https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_Humanizacao-do-parto.pdf

3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 20 dez 2021]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

4. Garcia LV, Teles JM, Bonilha ALL. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2017 [citado em 20 dez 2021]; (Supl 7):356-63. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8278/4995>

5. Santana AT, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. Rev Bras Saúde Mater Infant. [Internet]. jan/mar 2019 [citado em 20 dez 2021]; 19(1):135-44. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/btdZrZ4bXTQpcj6qnyLDxSm/?format=pdf&lang=en>

6. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade.

- Petrópolis: Editora Vozes; 2016 [citado em 20 dez 2021]. 67 p. (Série Manuais Acadêmicos)
7. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 25 jun 2019]; 71(1):228-33. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf
 8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 9. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196 [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2013 [citado em 20 dez 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 10. Dias PF, Miranda TPS, Santos RP, Paula EM, Bem MMS, Mendes MA. Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. dez 2019 [citado em 20 dez 2021]; 72 (Supl 3):348-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3zktZpGzn sL4zTMnsLbNbxF/?format=pdf&lang=en>
 11. Alves TTM, Paixão GPN, Fraga CDS, Lírio JGS, Oliveira FA. Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto e parto. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. jan/jul 2018 [citado em 25 jun 2019]; 7(1):41-50. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2282/pdf>
 12. Borja TJ, Freitas WMF, Santos LS, Nascimento BGS, Lima DRA, Silva JCMC. O cuidado prestado por doulas em uma maternidade pública: o olhar das puérperas. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min.* [Internet]. 2018 [citado em 20 dez 2021]; 8:e2878. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2878/2046>
 13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 20 dez 2021]. 51 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 14. Souza SR, Leão IMM, Almeida LA. A gestante no pré-parto: a fisioterapia traz benefícios? *Scire Salutis* [Internet]. ago 2018 [citado em 21 dez 2021]; 8(2): 104-14. Disponível em: <https://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0011/1283>
 15. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução Nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun 2008 [citado em 21 dez 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html
 16. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. 195 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=668165211489BAB9E7D347CB903C1885?sequence=1>
 17. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2013 Aug [citado em 03 jan 2021]; 7(8):CD006794. doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4
 18. Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 Jun [citado em 03 jan

2021]; 6(6):CD006672. doi:
10.1002/14651858.CD006672.pub3
19. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK.
Secondary suturing compared to non-
suturing for broken down perineal wounds
following childbirth. Cochrane Database
Syst Rev. [Internet]. 2013 Sep [citado em
03 jan 2021]; (9):CD008977. doi:
10.1002/14651858.CD008977.pub2

20. Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO.
Obstetrical practice by nurses in
institutional childbirth: a possibility for
emancipatory know ledge. Texto &
Contexto Enferm. [Internet]. 2013 Jul/Set
[citado em 21 dez 2021]; 22(3):763-71.
Disponível em:
[https://www.scielo.br/j/tce/a/BntrD3VQwc
B6bYG5xrDJz6q/?lang=en&format=pdf](https://www.scielo.br/j/tce/a/BntrD3VQwcB6bYG5xrDJz6q/?lang=en&format=pdf)

RECIBIDO: 07/06/2020
APROBADO: 11/03/2021
PUBLICADO: diez/2021