

Atención del parto: experiencias de usuarias de instituciones con o sin participación de la enfermera obstétrica dentro del equipo profesional

LUIZA AKIKO KOMURA HOGA* - CARLA CRISTIANE PAZ FELIX**
 PATRICIA BALDINI** - THAÍS RODRIGUES DE ALMEIDA E SILVA**
 RAQUEL CUNHA GONÇALVES**

Resumen

La participación de la enfermera obstetra dentro del equipo de atención al parto es una política pública adoptada por el gobierno brasileño. Esta investigación tuvo por objetivo describir la atención al trabajo de parto de acuerdo con la visión de las usuarias de instituciones con y sin participación de la enfermera obstetra dentro del equipo profesional; es de tipo cualitativo. Para la recolección de los datos se entrevistó a púerperas que recibían asistencia al parto en dos instituciones públicas sostenidas por el gobierno del estado de São Paulo; una contaba con la participación de la enfermera obstétrica en la asistencia al parto; la otra no. A las 14 púerperas de cada institución se las entrevistó en sus domicilios, entre los meses de enero y abril de 2001. Las que fueron atendidas en instituciones que cuentan con enfermera obstetra mencionaron más ítems positivos y menos ítems negativos en sus relatos sobre la experiencia del parto, comparadas con las del hospital que no incluyó esta profesional en su equipo. Se concluye que la participación de la enfermera obstetra en la asistencia al parto hace que esta experiencia sea vivida de manera más positiva por las parturientas.

Palabras clave: parto, enfermería obstétrica, estudios de evaluación.

Abstract

The inclusion of the obstetric nurse within the team caring for childbirth is a public policy adopted by the Brazilian

* Enfermera obstétrica. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil. kikatuca@usp.br

** Enfermeras. Bolsistas de la Fundación del Amparo a la Pesquisa del estado de São Paulo.

Recibido: 21/10/2005 Aprobado: 04/11/2005

government. The purpose of this research was to describe the care during labor according to the vision of the users of the medical institutions with and without the obstetric nurse participation within the professional medical team. The research was conducted according to the qualitative approach. In gathering data mothers who will receive care during labor at two state run public hospitals in the State of Sao Paulo were interviewed. At one institution there were obstetric nurses in the team and in the other there were not. 14 mothers at each institution were interviewed in their homes, during the months of january to april of 2001. Those that were cared by the Hospital that had obstetric nurses on the team mentioned more positive items and less negative ones in their narratives regarding the experience of labor and childbirth, when compared to those in the hospital that didn't include this nursing professional in their team. We concluded that the inclusion of the obstetric nurse when caring for labor and for childbirth makes significantly that experience more positive for the mothers

Key words: Childbirth, obstetric nurse, evaluation studies.

INTRODUCCIÓN

La Coordinación de Salud de la Región Metropolitana de la Grande São Paulo (CSRMGSP) desarrolló el "Proyecto de participación de la enfermera obstétrica en la asistencia al parto en la Secretaría de Salud del estado de São Paulo", en busca de incorporar esta profesional en el equipo de asistencia al parto.

La CSRMGSP mantiene una red de maternidades e implantó el referido proyecto en el año 2000 para responder a directrices políticas del Ministerio de Salud y del Programa de Humanización en el Periodo Prenatal

y el Nacimiento (1), una política pública implementada para humanizar el parto y reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La Organización Mundial de la Salud recomendó la participación de la enfermera obstétrica en la atención del parto teniendo en cuenta la importancia y la necesidad de acompañar el trabajo de parto, de perfeccionar la asistencia del parto normal y de disminuir las tasas de cesárea (2). Con estos propósitos, el gobierno brasileño incluyó el procedimiento de atención al parto, realizado por enfermera obstetra, en la tabla de honorarios del Sistema de Salud (3).

A partir de 1998, la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP) y la Secretaría de Salud del estado de São Paulo (SES/SP) iniciaron en convenio el desarrollo de cursos de especialización en enfermería obstétrica. Se trata de una iniciativa que tiene por objeto la constitución y ampliación de los equipos de asistencia obstétrica en las maternidades de la red, lo cual constituye la primera etapa del proceso de enfrentamiento y superación de las dificultades de participación de la enfermera obstetra en la asistencia al parto en el contexto brasileño.

Implementar políticas públicas requiere vigilar continuamente amplios sectores de la sociedad. Considerar la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, los principales protagonistas del proceso, la simetría en las relaciones entre profesionales y clientes y la sensibilidad cultural constituyen aspectos fundamentales del trabajo de reflexión crítica y perfeccionamiento de proyectos gubernamentales (4).

Considerando la relevancia del conocimiento de la perspectiva de los usuarios para verificar la efectividad de la política pública de participación de la enfermera obstétrica en la atención al parto, se desarrolló esta investigación. El objetivo es describir la atención al trabajo de parto de acuerdo con la visión de las usuarias de instituciones con y sin participación de la enfermera obstetra dentro del equipo profesional.

METODOLOGÍA

Abordaje de la investigación

La evaluación de la calidad de la atención en salud posee un grado de subjetividad debido a la visión de mundo de las personas involucradas y a la dinámica social de la cual

ellas hacen parte (5). Las diferencias individuales, las contradicciones internas y los puntos críticos son aspectos que pueden considerarse en la evaluación cualitativa de las políticas públicas que se implementan. La consideración de estos factores, asociados o confrontados con indicadores de salud, es un insumo para orientar acciones específicas y personalizadas para la población objeto (6).

Con base en estas consideraciones, se realizó este estudio bajo el paradigma cualitativo, pues permite aprehender los múltiples factores que interfieren en la forma como las mujeres evalúan la atención del parto. Se adoptó un modo de evaluación interpretativa (7), que considera esencialmente los significados que las personas atribuyen a la experiencia a partir del contexto de su vivencia y que, por lo tanto, es construida socialmente.

Localización

El estudio se realizó con puérperas que recibieron atención de su parto en dos unidades hospitalarias de la CSRMGSP. En una de ellas se implementó el "Proyecto de participación de la enfermera obstétrica en la asistencia al parto"; la otra no participó de este proyecto. En este artículo se denominarán Hospital A y Hospital B, respectivamente.

Las instituciones se localizan en la zona sur de la ciudad de São Paulo, pertenecen a la misma área de influencia del Sistema Único de Salud y poseen estructura administrativa y física semejante. El Hospital A posee 60 lechos de alojamiento conjunto y su centro obstétrico dispone de seis lechos de trabajo de parto y tres salas de cirugía, y la media mensual de partos es de 600; la asistencia al parto es realizada por médico y enfermera, especializados en obstetricia, a quienes corresponde brindar asistencia en el trabajo de parto y atender a la parturienta. Es exclusividad del médico admitir a la parturienta en el hospital y realizar el parto instrumentado y la cesárea. Las demás actividades de asistencia del parto son realizadas de manera conjunta por los profesionales.

El Hospital B posee 40 lechos de alojamiento conjunto, su centro obstétrico tiene seis lechos de trabajo de parto y dos salas de cirugía y la media mensual de partos es de 400. En este hospital la asistencia al parto la realizan exclusivamente médicos, sin participación de la

enfermera obstetra, por determinación de la dirección clínica de la institución.

Recolección de datos

Los datos se recolectaron entre los meses de enero y abril de 2001, a través de entrevistas que hicieron las autoras de este artículo. Con base en los registros que facilitaron las dos instituciones, se llevó a cabo la captación de las puérperas. Los equipos de obstetricia de las instituciones trabajan en turnos de doce horas en los períodos diurno y nocturno. Las puérperas fueron divididas en grupos separados por día de la semana y turno, de manera que los grupos estuvieran conformados por puérperas atendidas por todos los equipos; esto permitió elaborar una lista de personas que podrían ser entrevistadas.

A las puérperas se las contactó primero por vía telefónica, dado que la mayoría dispone de este recurso, y se les informó del propósito de la investigación y de la importancia de su participación. A quienes no disponían de teléfono se las contactó directamente en sus residencias. En el primer contacto se les informó que las investigadoras no tenían vínculo laboral con las instituciones de asistencia, ni hacían parte del gobierno del estado. En ningún momento se mencionaron cuestiones relacionadas con la existencia de un proyecto de participación de la enfermera obstetra en la asistencia al parto o datos relativos a la composición del equipo de atención del parto.

Las mujeres tuvieron oportunidad de elegir el lugar y la fecha de la entrevista; todas prefirieron su propio domicilio. Una puérpera del Hospital A no aceptó conceder la entrevista en el momento acordado, argumentando temor a posibles represalias de la institución en futuras gestaciones.

Se entrevistaron catorce puérperas de cada institución. Las entrevistas concluyeron cuando se alcanzó la saturación teórica o repetición continua de datos (8), la cual se inició alrededor de la decimosegunda entrevista.

En algunos casos la localización de domicilios fue difícil debido a que la mayoría se localizaban en barrios distantes, de difícil acceso y visiblemente peligrosos. Muchas de las direcciones no constaban en el mapa porque no existían oficialmente debido a que se ubicaban en barrios clandestinos o en tugurios. Los vecinos ayudaron en la localización de las residencias y se

empeñaron en acompañar a las entrevistadoras, quienes desarrollaron el trabajo en parejas.

La información se recolectó a partir de entrevista no estructurada, que se utilizó para comprender la perspectiva desde la propia persona, quien posee historia personal, familiar y social y tiene una visión individual al respecto de su experiencia (9). Se solicitó a las puérperas que relataran su experiencia de atención al trabajo de parto y en el parto, según su propia mirada.

Análisis de los datos

El contenido completo de las entrevistas grabadas se transcribió, proceso en el cual se procedió a contextualizar el relato. En este trabajo, las preguntas se suprimieron para conferir al texto la característica de ser predominantemente del narrador (10).

El análisis del conjunto de entrevistas se realizó por medio de un proceso continuo de identificación de los principales aspectos de la asistencia referidos y valor por las entrevistadas.

Cada relato se leyó muchas veces con el fin de familiarizarse con las narrativas. Las lecturas y relecturas de las transcripciones permitieron elaborar el elenco de los aspectos de la asistencia citados por las puérperas. Se percibió que las puérperas de ambas instituciones se referían a las características de la asistencia atribuyéndoles una connotación de valor, positivo o negativo. Esto permitió la clasificación, según este criterio, de los diferentes aspectos de la asistencia mencionados en las experiencias.

Aspectos éticos de la investigación

En cumplimiento de las determinaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud (11), el proyecto de investigación fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación acreditado por el Consejo Nacional de Ética en Investigación. Los dirigentes de las instituciones habían aceptado previamente la realización de la investigación. Antes de las entrevistas se obtuvo de las puérperas su consentimiento libre e informado para participar en la investigación. A cada entrevista se le atribuyó una identificación numérica para garantizar el anonimato de las puérperas, quienes tuvieron la opción de participar o no del estudio. De la misma manera se les solicitó permiso

para grabar la entrevista y se les explicó que los datos se divulgarían en eventos y periódicos científicos nacionales e internacionales.

RESULTADOS

Los datos de los Hospitales A y B se presentan de manera separada, en ítems de acuerdo con la clasificación que se mencionó. Cada ítem se ejemplifica por medio de partes extraídas de las narraciones de las púérperas.

Hospital A

La edad de las púérperas varió entre 16 y 37 años, media de 26.1 años, el nivel de escolaridad predominante fue primaria incompleta; 5 eran primíparas, 3 secundíparas, 2 tercíparas, 3 cuartíparas y 1 sextípara; la permanencia en la sala de trabajo de parto varió entre una y siete horas, con media de 3,5 horas, y en cuanto al profesional que atendió el parto, 6 fueron asistidas por enfermeras obstetras y 8 por médicos.

Pequeños fragmentos se sacaron de las narraciones con la finalidad de servir de ejemplo para el aspecto de la asistencia valorado. Los fragmentos se identifican por medio de la letra E. El número que se cita en seguida identifica la púérpera entrevistada.

Aspectos positivos

1. Rapidez en la atención hospitalaria
"Me hicieron el ultrasonido rápido, la médica lo examinó y me internó" (E3).
2. Los profesionales demostraron atención y respeto
"Fui bien atendida, todos fueron atentos, me sentí respetada" (E3).
3. Demostración de preocupación por el estado de salud del binomio madre-hijo
"Me sentí respetada, demostraban preocupación conmigo y mi nené" (E3); "Me trataron muy bien, preguntaban cómo estaba, me examinaban, fueron óptimos" (E5).
4. Vigilancia y cuidado con la evolución del trabajo de parto y el parto
"Me atendieron superbién, venían a examinarme con frecuencia, conversaban conmigo para saber si yo estaba bien" (E10); "Los médicos, los enfermeros cuidan de uno, están siempre atentos para que todo esté bien en el parto" (E13); "Me trataron muy bien, venían a examinarme siempre, todos son óptimos" (E5).
5. Orientaciones relativas al trabajo de parto y al parto
"Quedé satisfecha, fui informada de todo lo que acontecía" (E4).
6. Identificación nominal o aproximación personal de forma cariñosa
"Siempre me llamaban por el nombre, fue muy bueno" (E2); "Me llamaban 'madre' con mucho cariño" (E8).
7. Explicaciones previas a la realización de los procedimientos
"La enfermera que atendió me decía todo lo que me iba a hacer, me gustó mucho eso" (E10).
8. Relación interpersonal y comunicación adecuada
"La enfermera me hizo el tacto y conversó conmigo porque yo estaba muy nerviosa, me explicó todo lo que iba a suceder... me gustó, me pareció que realmente estaba pendiente de mí" (E8); "Ellos eran atentos, venían a conversar, me explicaban todo, siempre venían cuando llamaba, eso me dio mucha confianza" (E11); "Comencé a gritar, ellos pidieron que me calmara, me dijeron que mi hijo estaba llegando, me gustó oír eso" (E7).
9. Satisfacción en relación con el conjunto de profesionales
"Todo fue bueno, los médicos, las enfermeras" (E12); "No sé si eran médicos o enfermeros, da igual, eran la misma cosa" (E13); "Me gustaron mucho los médicos, las enfermeras, fui muy bien atendida por todos, fue una experiencia muy positiva" (E3).
10. Respeto por la naturaleza del parto y la particularidad de la experiencia
"Ellos terminaron de atender el parto en la cama, el bebé salió tranquilamente y los médicos estuvieron observando... me gustó porque mi naturaleza fue respetada" (E13).
11. Los profesionales compartieron la experiencia de la mujer
"Los médicos comenzaron a aplaudir cuando mi hijo nació, eso me puso contenta" (E6).

Aspectos negativos

1. Necesidad de esperar para ser atendida en el hospital
 “Tuve que esperar para la primera atención, yo no aguantaba esperar más” (E1).
2. Ausencia prolongada de los profesionales del sitio de asistencia
 “Había un montón de mujeres, ellas salían y no regresaban, me dio miedo” (E6).
3. Imposibilidad de la presencia de un acompañante
 “Yo hubiera preferido que mi esposo estuviera, pero ellos no dejaron, ni modo” (E11); “Mi mamá solo pudo estar en la portería... yo quería que se quedara, habría sido mejor” (E1).
4. Falta de atención a las señales y síntomas manifestados por las parturientas
 “Creo que deberían dar más atención a lo que les decimos, el resto fue bueno” (E9); “Ellos deberían prestar más atención en el momento de la hospitalización, escuchar más lo que estamos sintiendo, respetarnos por encima de todo” (E9).

Hospital B

La edad de las púerperas varió entre 16 y 39 años, media de 24,2 años; el nivel de escolaridad predominante fue primaria incompleta; 5 eran primíparas, 2 secundíparas, 3 tercíparas, 2 cuartíparas y 2 sextíparas; la permanencia en la sala de trabajo de parto varió entre cinco minutos y 12 horas, con una media de 3 horas y diez minutos; en cuanto al profesional que atendió el parto, todas fueron atendidas por médicos.

Aspectos positivos

1. Rapidez para la primera atención hospitalaria
 “Me gustó porque fui atendida rápidamente y hospitalizada, el parto fue enseguida” (E7); “La hospitalización fue rápida, esa parte fue buena” (E5).
2. Vigilancia y cuidado con la evolución del trabajo de parto y el parto
 “Los profesionales me atendieron bien, fueron atentos, siempre estuvieron a mi lado, siempre preocupados en ayudar. La médica tuvo paciencia conmigo, fue educada” (E3).



3. Identificación nominal o aproximación personal de forma cariñosa
 “El médico que me atendió el parto me llamaba por el nombre, me encantó la atención de él” (E6); “Ellos me llamaban 'madre' que es una forma cariñosa de referirse a nosotras” (E7).
4. Explicaciones previas a la realización de los procedimientos
 “Los médicos fueron buenos conmigo, hacían bromas, me explicaban todo lo que iban a hacer conmigo” (E14); “La persona que atendió mi parto fue atenta, colaboradora, me explicaba lo que estaba haciendo, fue muy bueno. El equipo de enfermería es bueno porque son rápidas, explican todo lo que usted quiere saber” (E2).
5. Relación interpersonal y comunicación adecuada
 “Conversaron conmigo, me explicaron todo, fue muy bueno” (E2); “Los profesionales fueron buenos, cariñosos, educados, no me insultaron” (E6);

“La médica fue muy buena porque no fue grosera, fue gentil” (E7).

Aspectos negativos

1. Necesidad de transferencia para otra institución por falta de cupo
 “Me querían transferir pero yo dije que no iría, prefería tener el bebé en la calle... mi esposo tuvo que pelear para que no me remitieran y me dejaron” (E11); “Querían transferirme, hice un escándalo porque era muy lejos, fue un caos” (E12).
2. Tener que ir frecuentemente a la institución por falso trabajo de parto
 “Ya había pasado por todos los médicos y era siempre la misma cosa, me mandaban para casa, así por unos ocho días...” (E1).
3. Falta de atención a las necesidades que manifestaban las parturientas
 “La médica era grosera, preguntaba y no respondía. Se molestó porque yo gritaba, si yo gritaba era porque tenía dolor” (E12).
4. Falta de control y cuidado con la evolución del parto
 “Le pedí a la enfermera que llamara a la médica, la médica vino, llamó al anestesista que estaba almorzando... llevaba dos horas allí” (E1).
5. Imposibilidad de la presencia de un acompañante
 “Me habría gustado que mi esposo se hubiera quedado conmigo, para no sentir miedo” (E1); “No pude tener acompañante porque el hospital no lo permitió. Me hubiera gustado mucho, el dolor habría sido calmado y me habría sentido más segura” (E1).
6. Falta de explicaciones sobre los procedimientos que se realizarían
 “No me decían nada sobre lo que me iban a hacer, venían, hacían y se iban” (E9); “Ellos no me explicaban los procedimientos que me iban a realizar” (E7); “Ellos no me explicaban lo que me iban a hacer, pero no me interesaba porque yo no iba a entender” (E8).
7. Relación interpersonal y comunicación inadecuada
 “Yo estaba angustiada, me agarraron y me insultaron: loca” (E1); “No me gustaron las enfermeras porque me regañaban, nos llamaban 'brutas'. Debían tener más paciencia con nosotras, fue detestable” (E3).
8. Coartación de las manifestaciones de dolor

Tabla 1. Aspectos positivos de la asistencia del parto según las púerperas atendidas en los hospitales. São Paulo, 2001.

Características	A	B
Rapidez en la atención hospitalaria.	x	x
Los profesionales demostraron atención y respeto.	x	—
Preocupación por el estado de salud del binomio madre-hijo.	x	—
Vigilancia y cuidado con la evolución del trabajo de parto y el parto.	x	x
Orientaciones con relación al trabajo de parto y al parto.	x	—
Identificación nominal o acercamiento personal de forma cariñosa.	x	x
Explicaciones previas a la realización de los procedimientos.	x	x
Relación interpersonal y comunicación adecuada.	x	x
Satisfacción con relación al conjunto de profesionales.	x	—
Respeto por la naturaleza del parto y por la particularidad de la experiencia.	x	—
Los profesionales compartieron la experiencia con la mujer.	x	—

- “No reclamé, me quedé callada porque todo mundo sabe que en ese hospital tratan mal a las mujeres que gritan. Estuve juiciosa, por eso me trataron bien” (E9); “Estuve juiciosa porque mis amigas me dijeron que a ellos no les gustan las mujeres que gritan, entonces me aguanté sin gritar” (“Vi a una mujer que había gritado mucho, era escandalosa y ellos no la atendieron bien por escandalosa... por eso no grité” (E10); “El hospital es bueno, si uno no grita ellos lo tratan bien” (E8); “Ellos deberían ser más amables, preocuparse más por uno” (E2).
9. Falta de respeto por la privacidad
 “Estuve esperando dos horas en la mesa y sin blusa, desnuda” (E1).

Con el fin de facilitar la visualización de los resultados, se presentan tablas comparativas de los datos de los dos hospitales. Los aspectos positivos de la asistencia en

Tabla 2. Aspectos negativos de la asistencia del parto según las púerperas atendidas en los hospitales. São Paulo, 2001.

Características	A	B
Necesidad de esperar para ser atendida en el hospital.	x	–
Necesidad de transferencia por falta de cupo.	–	x
Tener que ir frecuentemente al hospital por falso trabajo de parto.	–	x
Ausencia prolongada de los profesionales en las salas de maternidad.	x	–
Imposibilidad de la presencia de un acompañante.	x	x
Falta de atención a las señales y síntomas manifestados.	x	–
Falta de control y cuidado con la evolución del parto.	–	x
Falta de atención a las necesidades manifestadas.	–	x
Ausencia de explicaciones con relación a los procedimientos desarrollados.	–	x
Relación interpersonal y comunicación inadecuada.	–	x
Coartación de las manifestaciones dolorosas	–	x
Falta de respeto por la privacidad.	–	x

la tabla 1 y los negativos en la tabla 2. Debido a la naturaleza cualitativa del estudio, los aspectos de la asistencia mencionados por la totalidad de las púerperas se discriminan en las tablas, mas no se cuantificaron.

CONCLUSIONES

Esta investigación, que tuvo por objeto describir la atención del trabajo de parto de acuerdo con la visión de las usuarias atendidas en instituciones con y sin participación de la enfermera obstetra en el equipo profesional, permitió concluir que los aspectos positivos y los negativos de la asistencia fueron citados por las púerperas de los dos hospitales pesquisados.

Los aspectos de la asistencia del trabajo de parto valorados de forma positiva fueron la rapidez en la

atención hospitalaria, demostración de atención y respeto por los profesionales, preocupación por el estado de salud del binomio madre-hijo, vigilancia y cuidado con la evolución del trabajo de parto y el parto, orientaciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, identificación nominal o acercamiento personal de forma cariñosa, explicaciones previas a la realización de los procedimientos, relación interpersonal y comunicación adecuada, satisfacción con relación al conjunto de profesionales, respeto por la naturaleza del parto y por la particularidad de la experiencia, y que los profesionales compartieron la experiencia con la mujer.

Los aspectos de la asistencia del trabajo de parto valorados de forma negativa fueron la necesidad de esperar para ser atendida en el hospital, necesidad de transferencia por falta de cupo, tener que ir frecuentemente al hospital por falso trabajo de parto, ausencia prolongada de los profesionales de las salas de maternidad, imposibilidad de la presencia de un acompañante, falta de atención a las señales y síntomas manifestados, falta de control y cuidado con la evolución del parto, falta de atención a las necesidades manifestadas, ausencia de explicaciones con relación a los procedimientos desarrollados, relación interpersonal y comunicación inadecuada, coartación de las manifestaciones de dolor y falta de respeto por la privacidad.

Las púerperas que recibieron atención en el trabajo de parto en el hospital con participación de la enfermera obstetra en el equipo profesional mencionaron más veces los aspectos positivos de la asistencia en comparación con las púerperas que recibieron asistencia en el hospital sin participación de la enfermera obstetra en el equipo.

Sin embargo, las púerperas que recibieron atención en el trabajo de parto en el hospital sin participación de la enfermera obstetra en el equipo profesional mencionaron más veces los aspectos negativos de la asistencia en comparación con las púerperas que recibieron asistencia en el hospital con participación de la enfermera obstetra en el equipo.

Fue posible constatar que la experiencia del parto se valoró de manera más positiva por las púerperas atendidas en la institución en que hay participación de la enfermera obstétrica en la asistencia del parto en

comparación con las puérperas atendidas en la institución sin participación de esta profesional. Por tanto, se concluye que, desde el punto de vista de la experiencia de las puérperas, la enfermera obstétrica promovió la calidad de la asistencia del parto.

CONSIDERACIONES FINALES

Los ítems significativos de la asistencia del parto según la experiencia vivida por las mujeres, es decir, desde la perspectiva subjetiva, se relacionaron con tres aspectos: control y cuidado de las condiciones de salud de la parturienta y del feto; relación interpersonal que los profesionales establecieron con las parturientas y valoración del proceso del parto en cuanto experiencia vivida de forma particular y bajo la perspectiva subjetiva de la mujer. Este hecho confirma lo que el Ministerio de Salud del Brasil, la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (Febrasgo) y la Asociación Brasileña de Obstetras y Enfermeros Obstetras (Abenfo) denominan privilegios de la calidad y humanización de la asistencia del parto (12).

Especialistas vinculados a estas instituciones entienden que la humanización de la asistencia del parto es un proceso que incluye la reforma de la estructura física y mejorar los equipos y las actitudes de los profesionales. Este último aspecto incluyó el respeto a la mujer y sus familiares, la identificación nominal de ellas, ofrecer información previa sobre los procedimientos, despejar inquietudes, desarrollar estrategias para reducir la ansiedad, además de los cuidados relativos al ambiente. La calidad del factor humano constituyó un requisito esencial en la relación que se establece entre profesionales y usuarios en el proceso de atención; este es un aspecto relevante en la humanización de la asistencia a la salud.

La ausencia prolongada de los profesionales, la imposibilidad de la presencia del acompañante, la falta de control y cuidado con la evolución del parto y la falta de atención a los síntomas referidos constituyeron algunos de los aspectos negativos de la asistencia. Estos aspectos merecen mayor atención pues existen evidencias científicas que demuestran que el constante apoyo de una persona cercana es muy reconfortante para la parturienta y disminuye significativamente la ansiedad en el

momento del parto. El apoyo físico continuo y la empatía ofrecida por parteras o enfermeras producen beneficios importantes en los aspectos clínicos del parto y del recién nacido (2).

También existen evidencias que demuestran que la experiencia del parto se vuelve negativa cuando hay falta de respeto en el proceso de admisión en el hospital y ausencia de control de la parturienta sobre su propio cuerpo en el proceso del parto. La humanización en la atención se relaciona con una serie de factores como ideas, valores y prácticas e involucra a profesionales, gestantes y familiares y/o acompañantes, los procedimientos, las rutinas y el estilo de trabajo del equipo multidisciplinar. Así, la humanización consiste básicamente en el respeto por otro en su individualidad (13).

Se constata, por tanto, que una de las grandes tareas de los profesionales que brindan asistencia en el parto es la de dar apoyo a la mujer, a su pareja y su familia durante el trabajo de parto, en el momento del nacimiento y en el posparto, de forma culturalmente contextualizada y personalizada. Cualquiera que sea el lugar del parto, es de extrema importancia establecer una buena relación entre la mujer y el cuidador. La calidad de la recepción de una mujer que busca atención institucional puede determinar el nivel de confianza de ella y su familia por los profesionales (2).

El proyecto de Ley 546/97 declara que los usuarios de los servicios de salud en el estado de São Paulo tienen derecho a una atención digna y respetuosa, a ser identificados y tratados por su nombre o su apellido, a no ser identificados por números, códigos, de modo genérico, irrespetuoso o preconcebido (14).

Se evaluó que la calidad de la atención representa una de las cuestiones más críticas del sistema de salud brasileño. Estos datos atribuyen sentido social a esta investigación, sobre todo en razón de las evidencias científicas que se encontraron, que respaldan presupuestos ya enunciados por el Ministerio de la Salud, cuyos peritos reafirman que la forma de realizar la atención y la capacidad de los profesionales para comprender y corresponder a las demandas y expectativas son los aspectos que más se consideran en el proceso de evaluación que los usuarios de los servicios de salud hacen de la asistencia que reciben (12).

En esta investigación se hizo evidente el repudio de las mujeres a la demora en la primera atención hospitalaria y a la necesidad de transferencia a otra institución debido a la falta de cupo. Se trata de un problema real en la ciudad de São Paulo debido a la distribución inadecuada de las camas obstétricas. Urge evaluar esta problemática ya que en Brasil el levantamiento epidemiológico hecho por Dias y Domínguez (15) demostró que la peregrinación de las mujeres para ser atendidas en el proceso de parto y la mala recepción de los hospitales públicos eran las principales causas de mortalidad materna (55 por cada 100.000 nacidos vivos), índices por arriba de los aceptables según la OMS (20 por cada 100.000). Estos datos, unidos a las mayores tasas de cesárea existentes en el mundo, llevarán a la proposición, con base en experiencias de países como Holanda, Japón y Canadá, de un modelo de asistencia del parto realizado por profesionales no médicos, quienes deben, como ejemplo de la propuesta del Ministerio de Salud brasileño, prepararse y especializarse para ofrecer soporte emocional y respetar las decisiones de la mujer en su proceso de parto, además de participar en otros ámbitos de la asistencia.

Relaciones entre profesionales y gestantes que se caracterizan por el proceso de dominación aparecen de forma sutil y están tan arraigadas en la cultura institucional que parecen naturales (16). Tales relaciones hacen que las informaciones sobre los procedimientos realizados no se expliquen debidamente, y muchas veces los profesionales actúan de esa forma porque consideran que ellas son incapaces de entenderlos (17). Se verifica, por lo tanto, que el profesional necesita reevaluar su lugar en la asistencia y, en ese sentido, las escuelas médicas y de enfermería tienen gran responsabilidad social en la formación de estos profesionales (15).

Entrenamiento en consejería y capacidad de comunicación interpersonal constituyen puntos clave para personas que brindan atención a las gestantes (2). La valoración de los aspectos emocionales del paciente asegura satisfacción por la atención y, en ese sentido, se considera que la enfermera obstetra es una profesional capacitada para brindar atención a las mujeres en transiciones existenciales peculiares como gravidez, parto, puerperio, entre otros, así como en el caso de reclamaciones, dudas y ansiedad por parte de la mujer. Una buena atención solo se hace

posible cuando la enfermera obstetra actúa no solamente con su preparación técnica, sino también con su intuición y sensibilidad (18, 19).

El gobierno brasileño procura reconocer a los establecimientos públicos y privados que integran la red del Sistema Único de Salud (SUS) y, con el propósito de resaltar las innovaciones dirigidas hacia la humanización de la atención obstétrica y neonatal, creó el Premio Nacional Profesor Galba de Araújo. Uno de los principales criterios de evaluación es calidad de la atención, que incluye la recepción y la adopción de prácticas obstétricas humanizadas, las innovaciones que buscan la humanización de la atención, la organización institucional y la satisfacción de las usuarias (20). Se considera que es una propuesta loable pues constituye un indicador concreto de la preocupación de los proponentes de políticas públicas brasileñas por humanizar la asistencia en el parto y el nacimiento.

La evaluación cuantitativa de la asistencia del parto, realizada mediante criterios que utiliza el premio en mención, permitió concluir que las usuarias de los hospitales que cuentan con una enfermera obstetra dentro del equipo de atención del parto evaluaron de manera más positiva los aspectos que dependen directamente de la actuación de estas profesionales, en comparación con las que fueron atendidas en el hospital donde no se contaba con este profesional dentro del equipo (21).

Estos resultados, asociados a los que se revelan en esta investigación, en la cual hubo evidencias que se relacionan con la existencia de experiencias más positivas del parto entre púerperas atendidas en el Hospital A, dan credibilidad al "Proyecto de inserción de la enfermera obstetra en la atención del parto". Esta evidencia proporciona sustentación científica al proyecto en lo referente a la humanización de la asistencia del parto y la calidad de la asistencia, según la experiencia de las usuarias de los servicios. Este hecho permite recomendar la expansión del referido proyecto a todo el territorio brasileño y a los demás países que poseen políticas públicas dirigidas hacia la humanización de la asistencia del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BRASIL. Leis etc. Portaria n. 570 de 1º de Junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e

- Nascimento Diário Oficial da União. Brasília, 8 Jun. 2000. Seção 1, pp. 6-8.
- (2) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Geneva: OMS, 1996, p. 53.
- (3) BRASIL. Portaria n. 2.815 de 29 de Maio de 1998. Dispõe sobre o procedimento do parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União. Brasília, 2 Jun. 1998 a. Seção 1, pp. 47-48.
- (4) PEREA, Juan Guillermo Figueroa. Análisis ético del entorno de los servicios de salud en el ámbito de la reproducción. En: BILAC, Elizabeth Dória y Maria Isabel Baltar ROCHA. *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Campinas: Editora 34, 1998, pp. 67-98.
- (5) CESAR, Chester Luiz Galvão; Oswaldo Yoshimi TANAKA. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2):59-70, 1996. Disponível em <<http://www.essp.fiocruz.br/csp/>>
- (6) MINAYO, Maria Cecília Souza. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, 25(3): 233-238, 1991.
- (7) GREENE, Jennifer. Qualitative program evaluation: practice and promise. En: DENZIN, Norman e Yvonna LINCOLN. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 1994, pp. 530-544.
- (8) MORSE, Janice. Designing funded qualitative research. En: DENZIN, Norman e Yvonna LINCOLN. *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage, 1994, pp. 56-85.
- (9) FONTANA, Andrea; James FREY. Interviewing: the art of science. In: DENZIN, Norman; Yvonna LINCOLN. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 1994, pp. 361-376.
- (10) BOM MEIHY, José Carlos Sebe. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 1998, 86 pp.
- (11) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Bioética*, 4(2): 15-25, 1996.
- (12) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001, 199 pp.
- (13) RATTNER, Daphne. O que é humanização na assistência ao nascimento e parto? In: Livro síntese do I Seminário Estadual "Qualidade da assistência ao parto: contribuições da enfermagem", 1998. Curitiba: ABEn Seção-Pr, pp. 24-27.
- (14) SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 18 março 1999; 109(51).
- (15) DIAS, Marcos Augusto Bastos; Rosa Maria DOMINGUES. Parto e nascimento: reflexões sobre o modelo de assistência, seus atores e resultados: um olhar crítico a partir da experiência da Maternidade Leila Diniz. 1997; In: *9º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. Campinas: Editora da Unicamp. 13p (mimeo)
- (16) NOGUEIRA, Maria Inês. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994, 157 pp.
- (17) BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 191 pp.
- (18) ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto; Antonio Augusto Moura SILVA. Qualidade da assistência ao parto. In: ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto; Antonio Augusto Moura SILVA. *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luis: Gráfica Universitária-UFMA, 2000, pp. 37-47.
- (19) SIMÕES, Sonia Mara Faria; Ívis Emília Oliveira SOUZA. *Parturição: vivência de mulheres. Texto e Contexto Enfermagem*, 6(1): 168-180, 1997.
- (20) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1406/GM, de 15 de Dezembro de 1999. Aprova o Regulamento do Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/>>. [2001 Jun 1]
- (21) HOGA, Luiza et ál. Efecto de la inserción de la enfermera obstétrica em la asistencia al parto. *Evidentia* 2005 enero-abril; 2(4). Em: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/86articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Citado em 10 de diciembre de 2004.

Agradecimientos: las autoras agradecen a la Fundación del Amparo a la Investigación del estado de São Paulo (Fapesp) por el auxilio financiero para el desarrollo de esta investigación.