



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Lana Priscila Meneses Ares

Cuidado das mulheres com gravidez de risco à luz da Teoria de Swanson: contribuições para o desenvolvimento das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem

Rio de Janeiro

2020

Lana Priscila Meneses Ares

**Cuidado das mulheres com gravidez de risco à luz da Teoria de Swanson:
contribuições para o desenvolvimento das tecnologias não invasivas de
cuidado de enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A681 Ares, Lana Priscila Meneses.
Cuidado das mulheres com gravidez de risco à luz da Teoria de Swanson: contribuições para o desenvolvimento das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem / Lana Priscila Meneses Ares. - 2020.
120 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Gravidez de alto risco. 3. Tecnologia. 4. Enfermagem obstétrica. 5. Saúde da mulher. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lana Priscila Meneses Ares

**Cuidado das mulheres com gravidez de risco à luz da Teoria de Swanson:
contribuições para o desenvolvimento das tecnologias não invasivas de
cuidado de enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Carla Luzia França Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico a presente dissertação, com gratidão, a todos os meus professores e amigos. Dedico à minha família, pelo incentivo e compreensão nas muitas horas de ausência. Dedico, em especial a Deus, por sua infinita bondade e proteção durante minha jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor, cuidado e proteção. Seu fôlego de vida em mim foi sustento, me capacitando e fortalecendo durante toda esta caminhada.

À minha família, pelo carinho, compreensão, respeito, e por não medirem esforços para que eu me superasse diariamente e chegasse até aqui. Gratidão por semearem os valores que possibilitaram com que eu me tornasse o ser humano que hoje sou. Ofereço este trabalho como fruto de uma árdua jornada, mas prazerosa de conquistas e, principalmente, pelo amor incondicional que tenho por vocês.

Ao Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), por novamente me receberem de maneira tão gentil e colaborarem de forma explícita para minha formação profissional. Muito do que hoje sou, devo a vocês!

A todas as mulheres que participaram deste estudo e também a todas que impulsionaram minha inquietação e amor ao exercício profissional.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na figura de todos os seus colaboradores e professores pela oportunidade de aprendizado, pelos conhecimentos compartilhados e pela missão que sempre possuíram em mudar realidades de vida. A educação transforma!

Aos meus colegas de trabalho da *United Health Group* (UHG) e Universidade Estácio de Sá (Unesa) que me apoiam e encorajam diariamente, agradeço.

Aos participantes da banca pelo aceite, disponibilidade, e pelas contribuições que enriqueceram esta dissertação. Em especial, a Prof.^a Juliana Prata, por ter sido sempre meu porto seguro durante os anos em que tenho estado nesta instituição.

À minha orientadora Adriana Lenho, por ter me acolhido e proporcionado oportunidade de crescimento contínuo durante este período. Agradeço pelo aprendizado, parceria, paciência e por compartilhar seu conhecimento comigo. Jamais me esquecerei de sua sensibilidade em entender minhas limitações, do incentivo diante dos obstáculos vividos e da disposição dos recursos necessários para que eu alcançasse mais este objetivo. Esta conquista também é sua!

E, por fim, a todos que conviveram comigo e entenderam a minha privação de tempo nestes dois intensos anos, deixo também o meu reconhecimento. A gratidão mora aqui no meu coração!

RESUMO

ARES, Lana Priscila Meneses. **Cuidado das mulheres com gravidez de risco à luz da Teoria de Swanson**: contribuições para o desenvolvimento das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. 2020. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A qualidade da assistência às mulheres no parto tem sido buscada pelas políticas de saúde. Ao pretender a humanização da assistência, a enfermagem propõe as Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE). Em face disso, definiu-se como objeto de pesquisa as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre o uso das TNICE no trabalho de parto e parto. Objetivou-se identificar os sentimentos das mulheres acerca da gravidez de risco; analisar as percepções destas mulheres sobre o uso das TNICE usadas no trabalho de parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson; e discutir as influências das tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, conduzida em maternidade terciária vinculada a um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 20 puérperas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Esta análise conduziu a construção das seguintes categorias: 1) “Sentimentos das mulheres relacionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado”; 2) “Percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto à luz da Teoria de Kristen Swanson” e 3) “O bem-estar das mulheres com gravidez de risco como resultado da aplicação das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto”. As puérperas participantes percebem que o diagnóstico de gravidez de risco implica em transformações fisiológicas, biológicas e psicológicas. O momento do trabalho e parto é visto com temor devido à incerteza com o seu desfecho. Os sentimentos que elas mais vivenciam são a insegurança, ansiedade, medo, receio, dúvida, apreensão, preocupação e negação, o que destaca a importância da valorização dos aspectos subjetivos no cuidado promovido pelas enfermeiras por meio das TNICE. A Teoria de cuidado de Swanson foi basilar na análise das percepções das mulheres com gravidez de risco e possibilitou compreender o processo de cuidado das enfermeiras por meio das TNICE e as suas potencialidades. Neste cuidado, ocorrem relações de ajuda e respeito e se estabelece o vínculo entre as parturientes e as enfermeiras, o que proporciona atenção e suscita sentimentos positivos, como compreensão, valorização, esperança, companheirismo, segurança, conforto, acolhimento, respeito e bem-estar. O cuidado das enfermeiras é pautado no respeito à dignidade humana, à individualidade e à singularidade feminina, possibilitando uma relação harmoniosa com a cultura, valores e crenças. Por meio das TNICE, o cuidado de enfermagem à luz da Teoria de Kristen Swanson apresenta características não invasivas, promove o bem-estar e a percepção de satisfação, segurança e conforto nas parturientes, sendo estes essenciais para uma assistência qualificada e um desfecho da gestação e parto exitoso para todas as mulheres, mesmo quando há risco ou morbidade associada.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Gravidez de alto risco. Tecnologia. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

ABSTRACT

ARES, Lana Priscila Meneses. **Care of women with risk pregnancies in light of Swanson's theory**: contributions to the development of non-invasive nursing care technologies. 2020. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Quality of care for women in childbirth has been sought by health policies. With the aim of humanizing patient care, nursing proposes Non-Invasive Nursing Care Technologies (TNICE). We have thus defined the object of our research as the perceptions of women with risk pregnancies about the use of TNICE in labor and childbirth. This dissertation aimed to identify women's feelings about risk pregnancy; to analyze those women's perceptions about applying TNICE in labor, in the light of Kristen Swanson's Care Theory; and to discuss the impact of non-invasive technologies on those women's well-being during childbirth. This is a descriptive research with a qualitative approach, conducted in a tertiary maternity hospital linked to a teaching hospital in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The semi-structured interviews were conducted with 20 puerperal women and analyzed according to Bardin's content analysis technique. This analysis led to the construction of the following categories: 1) "Women's feelings related to their experience of pregnancy and childbirth with associated obstetric risk"; 2) "Perceptions of women with risk pregnancies about non-invasive care technologies in the light of Kristen Swanson's Theory" and 3) "The well-being of women with risk pregnancies as a result of the deployment of non-invasive care technologies in labor." Participating puerperal women realize that the diagnosis of a risk pregnancy involves physiological, biological and psychological transformations. Labor and childbirth are viewed with fear due to uncertainty about their outcome. Their main feelings are insecurity, anxiety, fear, trepidation, doubts, apprehension, worry and denial, which highlights the importance of valuing the subjective aspects in the care provided by nurses by means of TNICE. Swanson's Theory of Care has been fundamental in the analysis of the perceptions of women with risk pregnancies and allowed us to understand the care process of nurses applying TNICE and the full potential of these techniques. In this type of care helpful and respectful relationships occur, and the bond between the parturient women and the nurses, which fosters more attention and support and inspires positive feelings, such as understanding, appreciation, hope, companionship, safety, comfort, acceptance, respect and well-being. The nurses' care is based on respect for human dignity, as well as for women's individuality and singularity, enabling a harmonious relationship with their culture, their values and beliefs. Through TNICE, nursing care in light of Swanson's Theory of Care has non-invasive characteristics, promotes the parturient women's well-being and a perception of satisfaction, safety and comfort. These are essential for a high-quality care and a successful outcome for all women in their pregnancy and childbirth, even when there is an associated risk or morbidity.

Keywords: Nursing care. High-risk pregnancy. Technology. Nurse midwifery. Women's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Teoria de Cuidados e Bem-Estar de Kristen Swanson e sua aplicação no cuidado em obstetrícia.....	33
Figura 2 –	Esquema sinóptico da aplicação da Teoria de Cuidado e Bem-Estar de Kristen Swanson no cuidado à mulher com gestação de risco a partir das premissas das TNICE.....	35
Figura 3 –	Esquema sinóptico das categorias de análise.....	46
Figura 4 –	Sentimentos das mulheres realcionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado.....	63
Figura 5 –	Dimensões do cuidado não invasivo aplicado no trabalho de parto segundo a Teoria de Kristen Swanson.....	77
Figura 6 –	Percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das TNICE aplicadas no cuidado de enfermagem ao trabalho de parto segundo a Teoria de Kristen Swanson.....	85
Figura 7 –	Síntese das categorias analíticas acerca do objeto de pesquisa à luz da Teoria de Cuidados de Kristen Swanson...	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estado da arte das produções científicas que trataram sobre os cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres em obstetrícia, a partir da utilização das tecnologias de cuidado em saúde.....	19
Quadro 2 –	Dimensões do cuidado de enfermagem com aplicação dos princípios de não invasão no trabalho de parto das mulheres com gravidez de risco, segundo a Teoria de Kristen Swanson.....	86
Quadro 3 –	Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa.....	105
Quadro 4 –	Classificação dos dados e construção das categorias analíticas.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores de Ciência da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNICE	Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UHG	<i>United Health Group</i>
Unesa	Universidade Estácio de Sá
UR	Unidades de Registro
US	Unidades de Significação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: MEDICALIZAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E GÊNERO.....	21
1.1	Medicalização da vida, controle social do corpo e suas interfaces com o gênero feminino.....	21
1.2	Cuidado e tecnologias de enfermagem no trabalho de parto e parto.....	26
2	CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE KRISTEN SWANSON PARA O USO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM APLICADAS EM GESTANTES DE RISCO.....	31
2.1	Teoria de Cuidado e Bem-Estar de Kristen Swanson e sua aplicação no cuidado obstétrico.....	31
2.2	O cuidado não invasivo de enfermagem e sua aplicação para o bem-estar das mulheres com gestação de alto risco.....	36
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	Tipo de estudo.....	41
3.2	Campo de pesquisa.....	41
3.3	Participantes do estudo.....	43
3.4	Coleta dos dados.....	44
3.5	Técnica de análise dos dados.....	45
3.6	Aspectos éticos do estudo.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1	Sentimentos das mulheres relacionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado.....	48
4.1.1	<u>Sentimentos nos momentos marcantes da gravidez.....</u>	48
4.1.2	<u>Sentimentos diante do diagnóstico do risco obstétrico.....</u>	55
4.1.3	<u>Sentimentos no momento do trabalho de parto e parto.....</u>	58

4.2	Percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto à luz da Teoria de Kristen Swanson.....	63
4.3	O bem-estar das mulheres com gravidez de risco como resultado da aplicação das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto.....	77
	CONCLUSÃO.....	88
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa.....	105
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta dos dados.....	106
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
	APÊNDICE D – Quadro de classificação dos dados e construção das categorias analíticas.....	111
	ANEXO A – Termo de autorização para coleta de dados.....	115
	ANEXO B – Parecer de aprovação da pesquisa no COEP/UERJ.....	116

INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais tiveram um papel importante na valorização do feminino durante a década de 1980. Eles foram determinantes em proporcionar discussões que colaboraram para que os direitos sociais, sexuais e reprodutivos das mulheres alcançassem um patamar mais elevado (TORQUINIST, 2004).

Neste período, o modelo assistencial obstétrico vigente era caracterizado pela medicalização do corpo feminino e pela valorização de tecnologias invasivas. Este modelo entendia a gravidez e o parto como uma doença, reduzindo-os a uma esfera apenas biológica que deixava de enxergar a mulher como um todo, e tornava o trabalho de parto inseguro, medicalizado e institucionalizado (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Em meados de 1980, a qualidade da assistência ao parto e do cuidado às mulheres passou a ser um dos principais focos nos debates da área obstétrica, o que resultou, em 1985, na Conferência sobre a Tecnologia Apropriada para o Parto, realizada em Fortaleza, Ceará. O documento final desse evento apontava a necessidade de uma revisão sistemática das práticas obstétricas realizadas no país, além de recomendar a adoção de estratégias que resgatassem a autonomia feminina e valorizassem a participação das mulheres no processo parturitivo, dentre outras recomendações (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995; SILVA et al., 2015).

Desde então, por meio de políticas públicas e diretrizes técnicas, a assistência de enfermagem na atenção à mulher e ao recém-nascido tem alcançado um papel de destaque, pois o cuidado oferecido por estas profissionais agrega conhecimentos técnico-científicos com saberes culturais e sociais, resgatando aquilo que é próprio da mulher como é o ato de parir (ÁVILA, 2014; COPELLI, 2015).

A partir desta década, passou-se a buscar o redirecionamento da assistência em obstetrícia para o modelo humanizado, no qual o cuidado e as práticas das enfermeiras ficaram mais evidentes, pois a formação em enfermagem baseia-se na concepção do parto como um evento fisiológico, singular e que perpassa pelos diferentes contextos de vida da mulher. Para as enfermeiras, humanizar o cuidado no trabalho de parto e parto consiste em respeitar o tempo da mulher no processo de parturição, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas

hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios dentro de seu contexto de vida (ÁVILA, 2014; PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Para isso, faz-se necessário ouvir o que estas mulheres sentem, suas angústias e temores a fim de que o trabalho de parto possa ocorrer de forma mais natural e permitir que as práticas sejam repensadas em adequação às expectativas das usuárias, que buscam, nesse momento delicado, uma esfera envolta em cuidados sensíveis (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a enfermagem utiliza em seu cotidiano assistencial as Tecnologias de Cuidado em Saúde, que podem ser classificadas como: **tecnologias duras**, que envolvem instrumentos, equipamentos e normas; **tecnologias leve-duras**, consideradas como o conhecimento técnico estruturado; e **tecnologias leves**, baseadas nos processos relacionais. Desta forma, as tecnologias de cuidado podem ser definidas como procedimentos, conhecimentos e técnicas utilizadas pela enfermeira durante a sua relação de cuidado com a cliente (FERREIRA et al., 2009; GOMES et al., 2014; MERHY, 2002; PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Na área da enfermagem, especificamente o conceito de tecnologias de cuidado pode ser vislumbrado como Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE), pois esta tem a característica fundamental da não invasão e de zelo pelo respeito à fisiologia e à privacidade feminina a partir do estabelecimento de um vínculo de confiança visando um compartilhamento de decisões, o desenvolvimento de um cuidado sensível, a realização de um acompanhamento individualizado e a adoção de posturas de proximidade (NASCIMENTO et al., 2010; PRATA, 2012; PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003; PROGIANTI; VARGENS, 2004; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Deste modo, a assistência de enfermagem em obstetrícia é centrada na mulher, e as tecnologias não invasivas utilizadas pelas enfermeiras no cuidado à parturiente objetivam seu bem-estar físico e emocional durante todo o processo, sendo a privacidade, a segurança e o conforto tidos como elementos fundamentais para um andamento fisiológico do trabalho de parto e para uma vivência positiva e prazerosa do parto, reduzindo as possíveis complicações consequentes às intervenções medicalizadas e garantindo um nascimento saudável e respeitoso (GOMES et al., 2014; OLIVEIRA; CRUZ, 2014; SOUZA et al., 2013; VIANA, 2014).

Pode-se dizer também que, para além do enfoque no trabalho vivo, o uso das tecnologias de cuidado e a atuação das enfermeiras na atenção ao parto e

nascimento se configura como uma estratégia eficiente para a promoção de uma mudança paradigmática na obstetrícia, pois as práticas desmedicalizadas dessas profissionais, sob a ótica das tecnologias não invasivas, incorporam novas concepções ao processo de cuidado, as quais contribuem para o redirecionamento da lógica assistencial obstétrica (PRATA et al., 2019; PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014; PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Além disso, a utilização de métodos menos intervencionistas e não farmacológicos durante o processo de parturição, presentes com a utilização das TNICE, apresenta desfechos maternos e neonatais mais favoráveis em comparação com as práticas intervencionistas e invasivas do modelo medicalizado (GOMES et al., 2014; GUIMARÃES; COSTA, 2013; ROCHA et al., 2016; SHIMO; MAFETONI, 2014; VARGENS et al., 2017, 2019).

Diante da necessidade de reconfigurar o modo como os cuidados são oferecidos às parturientes, surgiu o interesse, ainda durante a graduação, em estudar as tecnologias não invasivas de cuidado. Esta motivação ocorreu no campo prático, ao perceber que o emprego destas tecnologias pelas enfermeiras não apenas orientava a prática profissional pelo respeito ao empoderamento, mas também reconhecia a mulher como cidadã dotada de direitos e proporcionava a ela um modelo de assistência integral e igualitário (GOMES et al., 2014).

O interesse por esta temática foi determinante e me impulsionou também a iniciar o curso de Residência em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde, desde então, consegui vislumbrar o cuidado de enfermagem em obstetrícia sob a ótica da desmedicalização e da não invasão servindo como alicerce para a assistência das enfermeiras que, ao utilizarem as TNICE, geram práticas que valorizam e respeitam a fisiologia e a autonomia feminina (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Compreendendo as tecnologias não invasivas de cuidado como um saber próprio da enfermagem, independentemente do campo de atuação (PRATA *et al.*, 2019), e devido ao meu principal cenário de prática enquanto especialista ter sido um hospital de alto risco, desenvolvi uma reflexão sobre o uso das TNICE no âmbito das situações de risco obstétrico. A partir de minhas vivências, percebi que o espaço de cuidado das gestantes com risco obstétrico associado envolve múltiplos agentes estressores e elas desenvolvem sentimentos de culpa por não se sentirem hábeis para conduzir uma gravidez de forma habitual, em comparação às gestantes

saudáveis. Observei também que, nas gestantes de risco, a hospitalização e o uso contínuo de múltiplos medicamentos são necessários por vezes, o que concorre para que elas apresentem medo, dúvidas, receios, incertezas e preocupações com a proximidade do parto (SILVA et al., 2013).

Por outro lado, percebi que o cuidado das enfermeiras era importante para essas mulheres desde o momento da internação no centro obstétrico da maternidade de alto risco, durante todo o trabalho de parto, parto até o momento do pós-parto. Essas profissionais estavam presentes desde a admissão e desenvolviam um cuidado distinto pois manifestavam a importância do respeito à fisiologia feminina e da proximidade ou vínculo com a mulher, independentemente do tipo de risco previamente classificado. Assim, ainda que não assistissem diretamente ao parto da mulher com gravidez de risco, as enfermeiras se mostravam responsáveis por oferecer assistência humana, qualificada e segura, na qual buscavam compreender as percepções, ouvir as respectivas histórias, e se colocavam em uma relação de respeito, empatia e afetividade para com essas mulheres (GOMES et al., 2014; PRATA et al., 2019).

Em face dessas atitudes profissionais, e apesar das incertezas relacionadas ao estado de saúde, algumas mulheres externavam que se sentiam acolhidas e seguras para realizar escolhas sobre os cuidados. Portanto, presume-se que o uso das TNICE pode favorecer a relação de cuidado e seu ambiente, assim como incentivar o protagonismo feminino e proporcionar uma vivência de trabalho de parto e parto mais favorável para as mulheres com gestação de risco, propiciando-lhes bem-estar.

O bem-estar se caracteriza por um conceito de satisfação plena do corpo e do espírito e envolve sensações de segurança, respeito e tranquilidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o ser humano deve desfrutar de bem-estar físico, mental e social. Assim sendo, ao proporcionar bem-estar às mulheres com risco obstétrico associado, as enfermeiras se baseiam em recomendações oficiais e, para além de favorecer o trabalho de parto, contribuem para o restabelecimento integral da saúde feminina (ASCENSÃO, 2016; GOMES et al., 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Tendo isto em mente, estas foram as observações e suposições que me suscitaram a estudar o tema das TNICE especificamente para esse grupo de mulheres. Em virtude dessas considerações, a presente dissertação teve como

objeto de estudo as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre o uso das TNICE no trabalho de parto e parto.

Nessa perspectiva, a partir desse objeto de pesquisa emergiram as seguintes questões norteadoras: Como as puérperas com gravidez de risco perceberam o uso das TNICE no trabalho de parto e parto? Essas tecnologias de cuidado repercutem no bem-estar dessas mulheres?

Buscando responder a esses questionamentos, foram elaborados os seguintes objetivos:

- a) Identificar os sentimentos das mulheres acerca da gravidez de risco;
- b) Analisar as percepções destas mulheres sobre o uso das TNICE utilizadas no trabalho de parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson;
- c) Discutir as influências das tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto.

Por meio de relatos sobre a vivência de parto das usuárias no Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo deu voz às mulheres que tiveram gestações de risco e, assim, contribuiu para provocar reflexões acerca da necessidade de um cuidado de enfermagem qualificado e integral, que assegure a singularidade e a assistência humanizada para essas mulheres.

Ao entender as percepções que estas usuárias tiveram sobre as tecnologias não invasivas e o cuidado, a enfermagem terá subsídios para melhorar a qualidade da atenção obstétrica em outros espaços, uma vez que a distinção presente na prática destas profissionais, sob o ponto de vista da não invasão, pode colaborar para a melhoria das condições de saúde e para o exercício de cidadania das mulheres, colocando-as em situação de igualdade de direito perante as demais usuárias, mesmo no âmbito das gestações de alto risco.

Nesta busca por entendimento, a fim de verificar o estado de conhecimento sobre o tema, realizou-se um levantamento bibliográfico na base nacional on-line da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em que optamos por selecionar apenas publicações que estavam disponíveis com texto por completo. Foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos, teses ou dissertações publicadas entre os anos de 2015 a 2019; no idioma português, espanhol ou inglês; que abordassem em seu conteúdo os cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres em obstetrícia, a partir da utilização das tecnologias de cuidado em saúde. Como critérios de exclusão, optou-se por retirar da análise todas as publicações que não se

assemelhavam à temática escolhida; assim como não foram consideradas as publicações que apareciam repetidas.

Um primeiro levantamento foi realizado entre os meses de maio a junho de 2018. Posteriormente, realizou-se um segundo levantamento no mês de junho de 2019 a fim de verificar uma possível introdução de novas publicações.

Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de modo que o rastreio de estudos na BVS abrangesse pesquisas por meio de título, resumo e assunto. Foi utilizado também o operador “AND” para a combinação das palavras e equações. No primeiro levantamento foram combinados os descritores “Cuidado de Enfermagem” AND “Enfermagem Obstétrica”, o que resultou em 4.075 publicações, sendo 1.079 em texto completo. Após a aplicação dos filtros para o tipo de publicação, recorte temporal, idiomas e subsequente aplicação dos critérios de inclusão, foram encontrados 434 estudos. A fim de adotar uma equação mais precisa, foi adicionado mais um descritor, “Gestação de Alto Risco”, diminuindo o número de publicações de 434 para 55, sendo que apenas 28 delas estavam disponíveis em texto completo. Após a aplicação dos filtros, foram selecionados 17 estudos. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos, em que se constatou que três deles (todos artigos) contemplavam o assunto de interesse. Evidenciou-se, então, a importância do cuidado de enfermagem à gestante de alto risco e o quanto este cuidado impacta positivamente na saúde, no bem-estar desta mulher e nos bons resultados maternos e neonatais.

A segunda combinação de descritores foi “Enfermagem Obstétrica” AND “Tecnologia”, que resultou em 96 estudos disponíveis, sendo 39 em textos completos. Após a aplicação dos filtros de busca supracitados, 10 estudos foram considerados. Destes, nove já abordavam especificamente as tecnologias não invasivas de cuidado em saúde da mulher, sendo que três estavam relacionados ao período parturitivo. Notou-se que a prática de assistência das enfermeiras está diretamente relacionada à desmedicalização do cuidado de enfermagem através do uso das tecnologias não invasivas de cuidado, sendo que, dentre estas, o estímulo à liberdade de movimentos, o estímulo à presença do acompanhante, o uso do banho morno, o uso da massagem e da bola suíça, além da realização de plano de parto, são alguns dos elementos humanizadores já incorporados à assistência e que refletem uma prática importante para a consolidação das políticas públicas em defesa do SUS.

Em função da busca por descritores ter retornado um somatório pequeno de estudos direcionados ao tema, optou-se pela utilização de uma terceira equação, desta vez utilizando as palavras-chave “Tecnologia de Cuidado” AND “Gestação”, que resultou em um total de 360 publicações, sendo 151 em texto completo. Após a aplicação dos filtros de busca, permaneceram 70 estudos que, após terem seu resumo analisado, resultaram num total de 5 publicações escolhidas por abordarem as tecnologias leves e/ou não invasivas e se mostrarem aderentes ao foco do objeto de pesquisa desta dissertação.

A quarta e última combinação realizada utilizou as palavras-chave “Métodos” AND “Não Farmacológicos” AND “Enfermagem” AND “Parto”, resultando em 42 estudos, sendo 32 em texto completo. Este número diminuiu para 19 após a aplicação dos filtros de busca. Após a análise do resumo destas produções, foram selecionados seis artigos e uma tese com aderência direta ao objeto desta pesquisa e que versavam sobre a utilização de recursos não invasivos realizados por enfermeiras no trabalho de parto.

Ao final dessas etapas de busca na BVS, foram selecionados 15 artigos e três teses, que estão discriminados no Quadro 1. Ressalta-se que apenas uma publicação abordava as tecnologias não invasivas aplicadas pelas enfermeiras no cuidado ao parto das mulheres com gestação de risco. O baixo achado deste elemento serve como alicerce e sustenta a justificativa da proposta de pesquisa do presente estudo.

A busca foi finalizada com a descrição, no Quadro 1 a seguir, do estado da arte das produções científicas que trataram dos cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres em obstetrícia, a partir da utilização das tecnologias de cuidado em saúde.

Quadro 1 – Estado da arte das produções científicas que trataram sobre os cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres em obstetrícia, a partir da utilização das tecnologias de cuidado em saúde

EQUAÇÃO DE BUSCA	ANO	TÍTULO	TIPO	TOTAL
Por descritores:				
“Cuidado de Enfermagem” and “Enfermagem Obstétrica” and “Gestação de Alto Risco”	2016	Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem	ARTIGO	3
	2017	Aspectos sociodemográficos e obstétricos da morbidade materna grave	ARTIGO	
	2017	Maternity high-dependency care and the Australian midwife: a review of the literature	ARTIGO	
“Enfermagem Obstétrica” and “Tecnologia”	2015	Estudo transversal sobre a exposição às tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica na atenção ao parto e sua repercussão na vitalidade do recém-nascido	TESE	3
	2017	Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino	ARTIGO	
	2019	Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco	ARTIGO	
Por palavra-chave:				
“Tecnologia de Cuidado” and “Gestação”	2016	New technologies to reduce medicalization of prenatal care: a contradiction with realistic perspectives	ARTIGO	5
	2017	Labor intervention and outcomes in woman who are nulliparous and obese: comparison of nurse-midwife to obstetrician intrapartum care	ARTIGO	
	2017	Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma nova cartilha para prevenção	ARTIGO	
	2017	When to go to the hospital maternity? Health education in labor	ARTIGO	
	2017	Sistematização da Assistência de Enfermagem à gestante de alto risco: construção e validação de uma tecnologia para o cuidado	TESE	
“Métodos” and “Não Farmacológicos” and “Parto”	2015	Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto	ARTIGO	7
	2016	Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas em Belo Horizonte, Minas Gerais	ARTIGO	
	2016	Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto	ARTIGO	
	2016	Cuidados de enfermagem à mulher com dor no parto: transformação a partir da pesquisa-ação participativa	TESE	
	2017	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente	ARTIGO	
	2017	Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal	ARTIGO	
	2018	Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual	ARTIGO	

Fonte: A autora, 2019 com base na Biblioteca Virtual em Saúde (2019).

Observa-se no Quadro 1 acima que as TNICE se baseiam em evidências científicas, as quais destacam práticas obstétricas e atitudes profissionais que favorecem o processo de parturição com o mínimo de intervenção. Estes cuidados

estão associados à redução do uso de fármacos para minimizar a dor, à segurança da assistência obstétrica e a altos graus de satisfação da mulher. Percebeu-se que, nas bases de dados, tais benefícios da utilização das TNICE são também divulgados nas pesquisas e periódicos como “técnicas não farmacológicas” que, ao incorporarem os princípios da não invasão, promovem conforto, facilitam o trabalho de parto e apresentam desfechos maternos e neonatais amplamente favoráveis.

Ressalta-se que as pesquisas sobre o uso das TNICE necessitam avançar, principalmente no que refere aos cuidados das mulheres de risco obstétrico associado. Portanto, é relevante o aprofundamento sobre este assunto, pois, ao dar voz a estas mulheres e entender suas percepções, serão destacados os desafios que o SUS enfrenta para oferecer um acompanhamento diferenciado e distinto no alto risco¹.

Para tanto, o modelo teórico de Swanson foi escolhido por reconhecer que o cuidado de enfermagem perpassa por uma sequência de cinco dimensões que, juntas, estimulam o empoderamento feminino e promovem o respeito à dignidade humana por meio de ações concretas e subjetivas que visam o bem-estar.

A partir da Teoria de Cuidados de Kristen Swanson, o estudo visa também fortalecer os princípios dos cuidados de enfermagem e mostrar que, se percebidos de forma ampla, darão origem a condutas que valorizam a humanização da assistência em obstetrícia. Espera-se, ainda, que os resultados alcançados possam contribuir para o assunto abordado e constituir fonte de informação para futuras publicações relacionadas à temática.

¹ Entende-se por gestação de alto risco ou risco obstétrico aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2012).

1 PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: MEDICALIZAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E GÊNERO

Após contextualizar esta pesquisa e evidenciar os seus objetivos e justificativas, os capítulos seguintes desta dissertação irão apresentar o referencial teórico ancorado na Teoria de Cuidados de Kristen Swanson, em que se buscará realizar a interlocução entre as Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE) e o cuidado oferecido à gestante com risco obstétrico associado. Para tal, intentou-se compreender como aconteceu o processo de medicalização do corpo feminino, bem como entender o modo pelo qual o cuidado de enfermagem, sob a perspectiva da não invasão, deverá ser oferecido a todas as mulheres, mesmo nas situações de risco obstétrico associado.

1.1 Medicalização da vida, controle social do corpo e suas interfaces com o gênero feminino

O nascimento da medicina moderna data do início do século XX e, desde então, vêm ocorrendo avanços diagnósticos e terapêuticos, o que também colaborou para o aumento da medicalização e das intervenções médicas. Este contexto resultou nas pessoas procurando cada vez mais profissionais médicos para a solução de seus males (CONRAD, 2007; GALDENZI; ORTEGA, 2012).

O termo medicalização é geralmente utilizado nas ciências sociais e no campo da sociologia da saúde. Este termo surgiu no final da década de 1960 e refere-se à apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, dentro da qual se produzem saberes que intervêm em áreas da vida social. Apesar de tratar-se de um termo descritivo para indicar que algo “se tornou um assunto médico”, também é muito utilizado no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização sobre a vida humana (CONRAD, 2007; SCHWEDA; PFALLER, 2014; SINGER, 1981).

De uma forma geral, os estudos sobre medicalização analisam a intervenção política da medicina sobre o corpo social por meio do estabelecimento de condutas e normas que levam os indivíduos à perda de autonomia, fazendo com que as

peessoas se tornem dependentes do saber de agentes terapêuticos para o cuidado de sua saúde. Este fator leva à implantação de diversas medidas de controle coletivo sobre o corpo, o que possibilita à medicina realizar um refinado exercício de poder sobre a vida humana (CONRAD, 2007; MITJAVILA, 2015).

Fortalecendo este ponto de vista, há uma interferência nos modos de vida e nas condutas individuais e coletivas através de regras que orientam não apenas quanto às doenças, mas também às formas gerais de comportamento humano como é o caso da fecundidade, da sexualidade, da fertilização e da reprodução. Com efeito, a medicalização acaba transformando aspectos naturais da vida em patologias e definindo elementos até então considerados normais em termos médicos, descritos a partir de linguagem médica, entendidos e tratados a partir de racionalidades e intervenções próprias. Desta maneira, as expectativas médicas resultam no estabelecimento de limites de comportamento e bem-estar (CONRAD, 1992, 2007; FOUCAULT, 2002, 2008).

O livro “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, de Ivan Illich (1975), é uma das literaturas mais importantes a lançar críticas sobre o processo de medicalização ocasionado pela medicina moderna, a partir do que o autor denomina “imperialismo médico”. Este termo se refere ao processo de supervisão médica de todos os aspectos da vida. A medicina institucionalizada, segundo Illich, representa uma ameaça à saúde (ILLICH, 1975). Neste sentido, ele utiliza em seus escritos o termo “iatrogênese”, cujo prefixo “iatros” significa médico e o sufixo “genesis” advém de origem.

A iatrogênese é, então, descrita em três níveis. O primeiro é a iatrogênese clínica, que se refere às doenças causadas pelos efeitos secundários próprios dos medicamentos e pelo excesso de intervenções clínicas e cirúrgicas. Apesar dos reconhecidos benefícios das intervenções apropriadas e das tecnologias, o uso inadequado ou o consumo excessivo de medicamentos provocam novas formas de adoecimento que não podem ser curadas pela cultura tradicional nem pela imunidade natural do organismo (GALDENZI; ORTEGA, 2012; ILLICH, 1975).

O segundo nível é a iatrogênese social ou medicalização social. Esta se trata do efeito social danoso ocasionado pela crescente dependência de prescrições médicas. Um exemplo disto é a medicalização do orçamento, no qual se observa que, apesar do aumento crescente de gastos e despesas com tecnologias médicas, não há efetiva melhoria nas condições de saúde da população. Outro claro exemplo

refere-se à invasão farmacêutica, em que as despesas com prescrições medicamentosas aumentam em níveis alarmantes cada dia mais (GALDENZI; ORTEGA, 2012; ILLICH, 1975).

Outra forma de iatrogênese social é o controle pelo diagnóstico, quando o ser humano passa a aceitar cuidados médicos de rotina como sendo algo “natural” em seu contexto de vida. A partir deste momento, eventos naturais como a gestação, o nascimento ou o envelhecimento passam a ser vistos como uma sequência de períodos que exigem diferentes formas de condutas terapêuticas (GALDENZI; ORTEGA, 2012; ILLICH, 1975).

Por fim, no terceiro nível, tem-se a iatrogenia cultural quando a medicina moderna desestrutura o potencial cultural dos indivíduos e das comunidades para lidarem com o adoecimento, a dor e a morte de forma autônoma. Neste sentido, aspectos cotidianos da vida se transformam em dor, a partir do olhar exclusivamente técnico da medicina (GALDENZI; ORTEGA, 2012; ILLICH, 1975).

Nota-se, de fato, que estão implícitas as proposições políticas produzidas pela medicina através do controle da sociedade. Quanto mais medicalizado o homem ou a sociedade em que ele vive, maior o controle social ao qual ele está submetido. A medicalização torna-se, portanto, uma forma de imperialismo e de controle, que nega a ação autônoma por parte dos indivíduos (CONRAD, 1992; FOUCAULT, 1995; GALDENZI; ORTEGA, 2012; MITJAVILA, 2015; SCHWEDA; PFALLER, 2014; SINGER, 1981).

Contudo, em face da dominação resultante deste controle social está a sexualidade humana, que deixou de ser um aspecto comum do cotidiano das pessoas para transformar-se em objeto submetido a discursos disciplinares. Estes discursos foram principalmente relacionados às práticas médicas higienistas, que reduziram a sexualidade a uma função procriativa e distante da dimensão de prazeres através da normatização dos sexos e controle da sexualidade (FOUCAULT, 1997; TONELI, 2007).

Nesta perspectiva, o processo de dominação através da medicalização do corpo feminino vem associando a natureza aos órgãos reprodutivos. Esta relação apresenta óbvia característica de controle social, uma vez que a medicina continua a determinar, por meio de condutas, discursos e práticas, a forma adequada de a mulher relacionar-se com seu papel fisiológico e procriativo. Tal fato inviabiliza qualquer possibilidade de problematização dos prazeres e das experiências da

maternidade, pois restringe as atividades femininas aos espaços domésticos, o que, por sua vez, reforça as desigualdades sociais e de gênero através de um viés misógino e machista (COSTA et al., 2006; FERAZZA; PERES, 2016; VIEIRA, 2002).

Assim, desde o movimento higienista, as descrições médicas dos corpos femininos e masculinos apontaram que a sexualidade da mulher está associada ao papel de mãe e esposa; já o seu desejo sexual é, por natureza, inferior ao dos homens. Tendo por base papéis diferentes na reprodução, evidenciam-se papéis sociais distintos, em que os homens são destinados a trabalhar em atividades públicas, enquanto as mulheres são reduzidas a uma esfera privada e familiar, cuja função se resume, principalmente, ao papel de esposa e mãe. Este discurso médico-moralista influenciou grandes massas populacionais e, atualmente, ainda se faz presente por meio de outras roupagens nos discursos morais sobre o papel da mulher na sociedade (COSTA et al., 2006; FERAZZA; PERES, 2016).

Neste contexto, Vieira (2002) faz a seguinte afirmação:

[...] por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora dos filhos. O gênero feminino constrói-se, então, sancionado como verdade pela incontestabilidade da ciência, inexoravelmente natural, no espaço estreito de uma normalidade reprodutora (VIEIRA, 2002, p. 71).

Portanto, a necessidade de controle sobre o corpo, aliada ao fato de que as advertências sobre a reprodução têm como foco majoritário o gênero feminino, transformou a questão demográfica em um problema de natureza ginecológica e obstétrica, fato que reforçou a medicalização do corpo da mulher. Além disso, o avanço tecnológico e cirúrgico aproximou a medicina do cenário de parto e resultou na criação da obstetrícia como uma área de conhecimento médico, que culminou na criação das maternidades como espaços específicos e adequados ao nascimento de uma nova vida (FERAZZA; PERES, 2016; WARMLING et al., 2018).

Outrora, a arte do partejar era uma tradição exclusiva das mulheres e exercida pelas parteiras ou curandeiras. Estas, por sua vez, eram mulheres reconhecidas pela sua comunidade por conceberem a gravidez, o parto e o puerpério como algo natural e distinto. Contudo, a partir da utilização do fórcepe obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, a profissão de parteira começou a sofrer declínio. O uso deste instrumento influenciou o conceito da obstetrícia como uma prática dominada pelo gênero masculino e instaurou a ideia do parto como um

evento perigoso e, portanto, a presença do médico passou a ser imprescindível (CURI; BAPTISTA, 2018; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; WARMLING et al., 2018).

Por outro lado, as parteiras eram consideradas intelectualmente inferiores aos homens, não detinham condições econômicas de adquirirem o instrumento e não compactuavam com uma conduta intervencionista. Dessa forma, o uso do fórcepe se consolidou como um dos grandes fatores de intervenção masculina e pode ser considerado o primeiro elemento de substituição do parto como evento natural e sem necessidade de invasão por aquele que necessita sempre de procedimentos invasivos e controlados pelo homem (CURI; BAPTISTA, 2018; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; WARMLING et al., 2018).

Neste contexto, e com o advento do capitalismo, a gestação, o parto e o puerpério se consolidaram como circunstâncias monopolizadas pela medicina. Desde então, o discurso médico gira em torno da defesa à hospitalização do nascimento. O parto deixou de ser íntimo e feminino e passou a ser público, necessitando sempre da interferência de outros atores sociais. A mulher, por meio do ritual de internação hospitalar, passa a ser destituída de sua sexualidade e autonomia, separada da família, despida de roupas e objetos pessoais, permanecendo deitada, em jejum, e sendo submetida a um ritual de limpeza com o uso de enema. Esse ritual de condutas prescritas são alguns dos elementos que fortaleceram o controle social e transformaram a mulher em propriedade institucional (CURI; BAPTISTA, 2018; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Como produto dessa tendência de hospitalização no Brasil, os primeiros leitos obstétricos surgiram em 1884, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Contudo, o contexto da medicalização do parto ganhou força no país no século XX, a partir da década de 1940. Assim, o parto passou definitivamente a ser um evento público e a mulher tornou-se submissa em nome da ciência e da aurora da modernidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SANTOS, MELO; CRUZ, 2015).

Neste momento, consolidou-se o modelo invasivo e intervencionista de assistência ao parto no Brasil, com mais vulto a partir da década de 1970, quando transformou-se, progressivamente, em evento cirúrgico, provocando um aumento significativo do número de cesarianas, inclusive associadas à laqueadura tubária como meio de controle da natalidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Nesta perspectiva de controle sobre o corpo, a reprodução, a gestação e o parto foram influenciados pelo modo como a sociedade representava a mulher e seu lugar frente ao poder dominante masculino. Em contraposição, os movimentos sociais liderados por mulheres surgiram a partir da metade do século XX e ganharam força ao reivindicarem direitos sexuais, sociais e reprodutivos, bem como o resgate do protagonismo feminino por meio de atitudes de respeito à autonomia, com vistas a terem o direito à saúde refletido na produção de cuidados desmedicalizados e sem iatrogenias (COSTA et al., 2006; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; MITJAVILA, 2015; WARMLING et al., 2018).

Desde esse período, emergiu uma proposta de modelo que busca romper com o paradigma biomédico, na qual a concepção de não invasão do corpo feminino se associa à desmedicalização, e passa a ganhar destaque no processo de cuidar da saúde da mulher, especialmente na enfermagem. As enfermeiras passaram a teorizar sobre o cuidado de enfermagem para o desenvolvimento de tecnologias e práticas que propiciem o protagonismo feminino e a superação do raciocínio clínico-médico como única alternativa na construção do bem-estar, construindo novas bases para o cuidado da mulher no parto (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

1.2 Cuidado e tecnologias de enfermagem no trabalho de parto e parto

Quando se aborda o cuidado, deve-se pensar no indivíduo e nas relações deste com os demais seres humanos e o meio em que vivem. O cuidado é a essência da enfermagem e apresenta duas dimensões: uma **objetiva**, referente ao desenvolvimento de procedimentos e técnicas; e uma **subjativa**, que abrange a criatividade, sensibilidade e intuição do profissional que o executa (ROCHA et al., 2008; SCARTON et al., 2017; WALDOW, 1998).

Assim sendo, o processo de cuidado de enfermagem busca valorizar os fatores sociais, ambientais e culturais dos indivíduos a fim de propiciar a promoção, manutenção ou recuperação da saúde humana por meio de ações, comportamentos e atitudes ancorados nos conhecimentos técnico-científicos e num arcabouço teórico e filosófico que abarca a complexidade humana frente aos aspectos espirituais, culturais, psicológicos e ao contexto social, econômico e político no qual os

indivíduos estão inseridos. Desta maneira, a enfermagem se consolida como uma ciência focada no ser humano e, mais ainda, no cuidado ao ser humano (ROCHA et al., 2008; SCARTON et al., 2017; WALDOW, 1998).

O ato de cuidar abrange um mecanismo de zelo, atenção e desvelo. De igual maneira, o cuidado representa uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o próximo. O ser humano é um ser de cuidado e a privação deste pode acarretar problemas físicos e emocionais. Por conta disso, o processo de cuidado tem sido foco de constantes reflexões e estudos que pretendem a transformação desta prática em uma atitude de entendimento do outro como um ser holístico; capaz de transformar a assistência do cuidador de modo a que o cuidado seja percebido como uma relação individualizada e única entre dois seres humanos (ANDRADE et al., 2008).

Como ciência humana, há, portanto, a necessidade de um aprofundamento filosófico a fim de compreender como os conceitos ontológicos, epistemológicos e gnosiológicos influenciam na ciência do cuidar e na produção de um conhecimento que contribua para o bem-estar dos indivíduos. Sob estes aspectos, as próprias pessoas são o “cuidado”, ou seja, ele se torna fundamental para qualquer interpretação do ser. Se não estiver baseada no cuidado, a compreensão acerca do ser humano e sua relação de cuidar com o universo e o cosmos não será alcançada (ANDRADE et al., 2008; TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Nesta perspectiva, conceber a enfermagem como uma ciência do cuidar consiste em entender que o cuidado engloba aspectos filosóficos. E a arte do cuidar significa, unicamente, deixar fluir no cuidador todo o seu potencial de “ser humano”, dando lugar a uma reflexão de natureza filosófica, pautada em princípios éticos, epistemológicos e ontológicos da enfermagem, tornando-a uma ciência do cuidado (ANDRADE et al., 2008; TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Desse modo, torna-se fundamental para o profissional de enfermagem pensar no ser humano e na sua singularidade e pluralidade. É importante também pensar na coletividade, levando em consideração a história de vida, o contexto econômico, social, espiritual e cultural do indivíduo cuidado. O significado do “ser enfermeira” está intimamente relacionado à capacidade de observação, enquanto profissional, a um tipo de cuidado que se estende para além do que os olhos podem perceber (SALVIANO et al., 2016; TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Portanto, a ação do cuidar vai ao encontro do compromisso de manter a singularidade e a dignidade. A consciência do cuidado deve abranger sensibilidade e pensamento crítico a fim de diferenciá-lo da realização de procedimentos. Este diferencial consiste em momentos de preocupação, motivação e interesse em entender que o ser humano cuidado é digno de uma atenção que gera compromisso e responsabilidade (SALVIANO et al., 2016).

Desta forma, cuidar é proporcionar bem-estar físico e emocional ao indivíduo, propiciando o conforto por meio da promoção de um ambiente saudável, acolhedor e empático para favorecer o estabelecimento de vínculos. Esse cuidado terapêutico e sensível é resultante do trabalho vivo em ato, ou seja, um cuidado produzido na relação enfermagem-sujeito e que utiliza diferentes tipos de tecnologias durante esse processo com intento de alcançar a sua finalidade (MACEDO et al., 2008; ROCHA et al., 2008; SCHWONKE et al., 2011; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Tecnologia é uma palavra de origem grega composta pelo prefixo “téchne”, que significa arte e técnica, e pelo sufixo “logus”, que quer dizer conhecimento; é a capacidade criativa e a habilidade de aplicação dos saberes para construir ou produzir novos produtos. Neste sentido, a tecnologia compreende um conjunto de saberes científicos emanados de pesquisas que se desenvolvem para a construção de produtos capazes de intervir sobre uma situação prática específica (KOERICH et al., 2006; NIETSCHKE et al., 2012; ROCHA et al., 2008; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017; SILVA; FERREIRA 2014).

Quando o cuidado e a tecnologia são aplicados ao campo da saúde, forma-se o conceito chamado “tecnologias do cuidado em saúde”, que consiste na associação de diferentes técnicas, habilidades, conhecimentos, equipamentos e indivíduos que se empenham na tentativa de resolução de questionamentos, tais como: Por quê? Para quê? Para quem? (ROCHA et al., 2008; SA NETO; DEUSDARÁ, 2010).

Assim sendo, as tecnologias do cuidado em saúde são produzidas e empregadas sobre uma necessidade de se resolver um dado problema, cuja resolução requer um planejamento sistematizado e um raciocínio teórico-prático para gerar produtos, que, na enfermagem, são a produção do cuidado (ROCHA et al., 2008; SA NETO; DEUSDARÁ, 2010).

Como dito anteriormente, as tecnologias do cuidado em saúde podem ser classificadas como **tecnologias duras**, que envolvem instrumentos, equipamentos e normas; **tecnologias leve-duras**, consideradas como o conhecimento técnico

estruturado; e **tecnologias leves**, baseadas nos processos relacionais (FERREIRA et al., 2009; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Sob essa vertente classificatória, as tecnologias do cuidado em saúde elaboradas e utilizadas pela enfermagem são concebidas como tecnologias de cuidado de enfermagem. Estas, quando aplicadas na área da obstetrícia, caracterizam-se por serem essencialmente formadas por tecnologias leves que dão ênfase ao aspecto relacional entre a enfermeira e a mulher, operando um processo de cuidado que tem influência sobre o bem-estar feminino, respeitando a fisiologia, o cuidado não invasivo e produzindo efeitos positivos sobre a experiência do parto, o que aponta para as TNICE. Esta última abarca as técnicas, procedimentos e conhecimentos de enfermagem aplicados no cuidado e que objetivam o respeito à fisiologia, à privacidade e à não invasão da natureza (MACEDO et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2010; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Assim sendo, as TNICE são empregadas quando se estabelece a relação de cuidado entre a enfermeira e a mulher, o que envolve a objetividade, a subjetividade e a intersubjetividade neste processo. O cuidado de enfermagem em obstetrícia utiliza as tecnologias não invasivas como conhecimento aplicado e fundamentado no respeito à integridade do corpo feminino, no estímulo à autonomia e no modelo de cuidado desmedicalizado, respeitoso, empático e humano, com vistas ao bem-estar da mulher e do bebê (GOMES et al., 2014; OLIVEIRA; CRUZ, 2014; SOUZA et al., 2013; VIANA, 2014).

Nessa perspectiva, as enfermeiras, quando cuidam, manifestam suas habilidades relacionais que se traduzem em atitudes orientadas pelo princípio de não invasão, na promoção de um ambiente acolhedor e com privacidade, no desenvolvimento de um cuidado sensível, na realização de um acompanhamento individualizado e na adoção de posturas de proximidade (PRATA, 2012; PROGIANTI; VARGENS, 2004; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Desse modo, o cuidado estabelece a relação de vínculo, potencializa as capacidades femininas e mostra disposição para acolher as demandas destas mulheres por meio do diálogo, da escuta sensível, da empatia e das expressões de afeto (OLIVEIRA et al., 2014; PIESZAK et al., 2015; SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008).

Portanto, o cuidado de enfermagem que precede os princípios aqui descritos representa o alicerce que fundamenta o uso das TNICE. A utilização destas, por sua vez, é corroborada por evidências científicas e recomendações oficiais que são conhecidas por favorecerem o processo de parturição com o mínimo de intervenção e, ao mesmo tempo, contribuírem para o empoderamento feminino (BRASIL, 2001, 2016; GOMES, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013; PRATA, 2012; PROGIANTI; VARGENS, 2004; SCARTON, 2017; SHIMO; MANFETONI, 2014; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008; VIANA, 2014).

2 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE KRISTEN SWANSON PARA O USO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM APLICADAS EM GESTANTES DE RISCO

2.1 Teoria de Cuidado e Bem-Estar de Kristen Swanson e sua aplicação no cuidado obstétrico

Como descrito anteriormente, a enfermagem tem um extenso legado ao fundamentar no âmbito teórico-filosófico a sua prática de cuidado. Por ser um conceito amplo, envolve perspectivas filosóficas distintas ao longo de sua trajetória na saúde. Portanto, o comprometimento teórico com o desenvolvimento e entendimento de conceitos é de suma importância para a enfermagem (KALFOSS; OWE, 2015; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Para ampliar a compreensão sobre o cuidado de enfermagem, optou-se pela Teoria de Cuidados e Bem-estar de Kristen Swanson, a fim de associar a sua aplicação, por meio das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE), na assistência obstétrica.

Em 13 de janeiro de 1953, em Providence, Rhode Island, Estados Unidos, nascia Kristen M. Swanson. Esta doutora em enfermagem iniciou sua carreira no Centro Médico da Universidade de Massachusetts em Worcester. Fez pós-graduação e mestrado na Universidade da Pensilvânia e doutorado na Universidade do Colorado, quando estudou enfermagem psicossocial e enfatizou conceitos como ambiente, adaptação, relações interpessoais, personalidade, pessoa, estresse e perda. Seus escritos mencionam o seu desejo de tornar-se uma profissional tecnicamente informada e qualificada para ensinar habilidades a outras pessoas (ANDERSHED; OLSSON, 2009; SMITH; PARKER, 2015; SWANSON, 2010; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

O início de seu modelo conceitual se originou no fim do seu doutorado após uma série de pesquisas clínicas em saúde da mulher, quando Swanson estudou as repercussões da perda gestacional e da gestação de alto risco nas mulheres; e o impacto nas mães cujos filhos, após o nascimento, necessitavam de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. Swanson também conduziu uma

metanálise de 130 estudos sobre o cuidado de enfermagem, levando-a a concluir que o conhecimento sobre como cuidar poderia ser categorizado em cinco níveis de atenção: manter a crença; cumplicidade; estar com; fazer por e possibilitar. Posteriormente, seus escritos forneceram uma estrutura conceitual e um suporte para os contextos clínicos a partir dos quais foram gerados (KALFOSS; OWE, 2015; SMITH; PARKER, 2015; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Em 1993, Swanson continuou a desenvolver sua teoria de cuidados, explicitando os quatro principais pressupostos sobre os quais ela foi alicerçada: a enfermagem, a pessoa cuidada, a saúde e o meio ambiente. Desse modo, a enfermagem é definida como uma disciplina de bem-estar que zela pelo cuidado dos outros. Tem a sua fundação com base em conhecimentos pessoais, éticos, sociais, derivados das ciências humanas, dos valores pessoais, das expectativas de vida e da experiência clínica (SWANSON, 1991, 1993, 1999).

A pessoa que é cuidada é definida como um ser cuja integralidade se manifesta em sentimentos, pensamentos e comportamentos. A experiência de vida de cada indivíduo é influenciada por uma complexa interação de heranças espirituais, genéticas e pela capacidade de exercer o livre arbítrio. Assim, segundo Swanson, as pessoas moldam ou são moldadas com base no ambiente que vivenciam (KALFOSS; OWE, 2015; SMITH; PARKER, 2015; SWANSON, 1993; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

A saúde é considerada um complexo processo de cuidado e cura, que inclui a restauração do bem-estar com o estabelecimento de novos significados que concedem o sentido de plenitude. Ao experimentar o bem-estar, o ser humano vivencia uma experiência subjetiva e significativa de totalidade, que envolve um senso de integração e de mudança em todas as facetas da existência livres para serem expressas. Por outro lado, a doença é vista como uma alteração do bem-estar integral da pessoa cuidada em qualquer um dos seus aspectos físicos ou emocionais (KALFOSS; OWE, 2015; SMITH; PARKER, 2015; SWANSON, 1993; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Para completar os pressupostos teóricos, Swanson afirma que o meio ambiente tem o poder de influenciar os seres humanos que estão imersos nos contextos sociais, culturais, econômicos e políticos, dentre outros. Assim, enquanto profissional, a enfermeira deve buscar o bem-estar do cliente que atende, tendo em mente que este cliente está em constante processo de criação e adaptação ao meio

em que vive, e cuja integralidade da saúde advém de um processo de cuidado da enfermagem manifestado através de ações concretas e subjetivas (KALFOSS; OWE, 2015; SMITH; PARKER, 2015; SWANSON, 1993; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Em consonância com esses pressupostos, as afirmações teóricas de Kristen Swanson mostram que o cuidado deriva de uma forma educativa de relacionar-se com o outro. Segundo a autora, um componente fundamental e universal do cuidado da enfermeira consiste em atender o bem-estar psicossocial e espiritual de sua cliente. Independente dos anos de experiência da enfermeira, o cuidado deve ser oferecido como um conjunto de processos sequenciais criados através da experiência filosófica da própria profissional (manter a crença); deve também contemplar mensagens verbais, não verbais e posturas corpóreo-afetivas transmitidas à mulher (estar com ela); fazê-la compreender seu estado de saúde e processo clínico (agir em cumplicidade); promover ações terapêuticas (fazer por ela; possibilitar), respeitando os desejos da mulher e promovendo o seu bem-estar (ANDERSHED; OLSSON, 2009; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; SWANSON, 1993, 1999; SWANSON; WOJNAR, 2004; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

A Figura 1, a seguir, apresenta a estrutura do cuidado segundo a Teoria de Cuidados de Kristen Swanson e sua aplicação na assistência de enfermagem na área de obstetrícia.

Figura 1 – Teoria de Cuidados e Bem-Estar de Kristen Swanson e sua aplicação no cuidado em obstetrícia



Fonte: A autora, com base em Swanson (2010).

Manter a crença é manter a fé na capacidade da vida, nos eventos de transição, e enfrentar o futuro com atitudes otimistas, repletas de esperança, estando ao lado da mulher e promovendo sua segurança, independente de qualquer situação. Ser cúmplice dela é promover o companheirismo, apoiando, informando, explicando, gerando alternativas e validando seus sentimentos. Estar com ela significa fazer-se disponível, presencial e emocionalmente. Fazer por ela é antecipar-se às necessidades da mulher, fazendo por ela o que gostaria de fazer por si mesmo, possibilitando ações de respeito, proteção e conforto (ANDERSHED; OLSSON, 2009; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; SWANSON, 1991, 1993, 1999; SWANSON; WOJNAR, 2004; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Quanto aos sentidos expressos na Teoria de Cuidados e Bem-Estar e sua aplicação na assistência de enfermagem em obstetrícia, esses revelam uma forma de cuidar que busca manter os processos fisiológicos da parturição e não invasão à natureza e ao corpo. Esse elemento coincide com o pensamento das enfermeiras quando admitem que o parir e o nascer contemplam experiências culturais e sociais singulares à cada parturiente, assim como compreendem o protagonismo feminino, incentivando a participação ativa da mulher no cuidado (KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014).

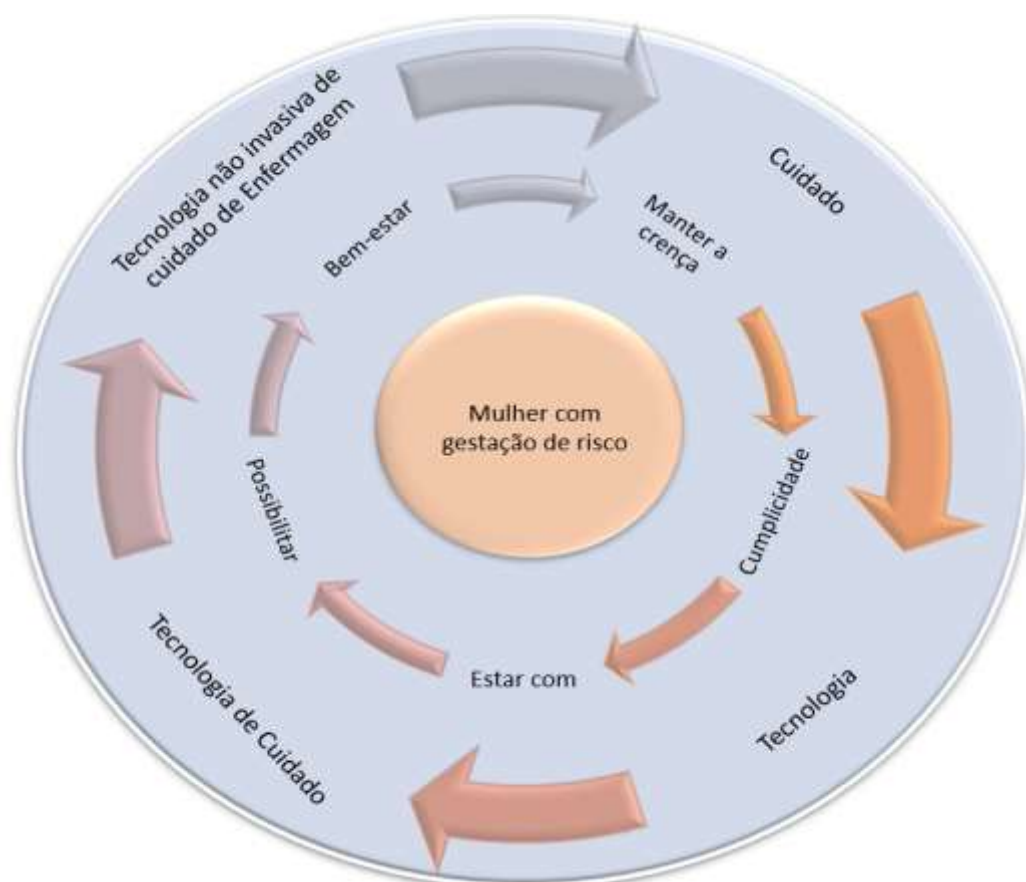
Seguindo esse olhar humanístico e ecológico da assistência ao parto, pôde-se perceber que as significações teóricas de Swanson vão ao encontro dos princípios da desmedicalização que orientam a utilização das TNICE, como são destacados a seguir: a enfermeira ocupa o papel de coadjuvante do processo de parturição do qual a mulher é a protagonista; o parto e nascimento são eventos biológicos, influenciados pelo contexto existencial da mulher, exigindo cuidados e não controle; o cuidado da enfermeira incorpora a intuição em contraposição ao uso de práticas que estimulam a racionalidade; a enfermeira respeita a privacidade e a segurança da mulher, proporcionando ações que valorizam a segurança, o conforto, a proteção, a compreensão e potencializam as capacidades femininas (ANDERSHED; OLSSON, 2009; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; TOMEY; ALLIGOOD, 2011; VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Nessa perspectiva, a concepção teórica de cuidado e bem-estar de Kristen Swanson remete aos seguintes atributos das TNICE: **ser aberta**, ao considerar e incorporar, na construção do cuidado, as influências sociais, ambientais e místicas,

singulares de cada mulher; **ser potencializadora**, ao mobilizar as capacidades existentes da mulher para lidar com as transformações decorrentes do processo de gestação e parto, em todas as dimensões (TORRES; SANTOS; VARGEM, 2008).

A partir dessas premissas, a seguir, a Figura 2 apresenta o esquema sinóptico da aplicação da Teoria de Cuidados e Bem-Estar de Kristen Swanson no cuidado de enfermagem em obstetrícia às mulheres com gestação de risco, a partir das premissas das TNICE para a retomada da confiança da mulher em seu corpo, aumentando sua autoestima para assumir o papel de protagonista e o controle sobre as relações ao seu redor (KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Figura 2 – Esquema sinóptico da aplicação da Teoria de Cuidado e Bem-Estar de Kristen Swanson no cuidado à mulher com gestação de risco a partir das premissas das TNICE



Fonte: A autora, 2019, com base em Swanson (2010).

Assim, ao recorrer-se ao cuidado como fundamento elementar da enfermagem por meio do uso das tecnologias não invasivas, e tendo como base a aplicação da teoria em tela, a enfermeira pode oferecer outras possibilidades para a mulher vivenciar o processo de parturição, independente da situação de risco obstétrico associado, a partir de uma proposta de não invasão que se baseia nas relações simétricas de poder, as quais poderão favorecer a construção de um vínculo de confiança, permitindo a troca de saberes e experiências para a compreensão mútua da realidade (ANDERSHED; OLSSON, 2009; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; SHWANSON, 1991, 1993, 1999; SHWANSON; WOJNAR, 2004; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

2.2 O cuidado não invasivo de enfermagem e sua aplicação para o bem-estar das mulheres com gestação de alto risco

A gestação é um período em que a mulher carrega um ou mais conceptos em seu ventre e se caracteriza por ser um momento repleto de mudanças sociais e emocionais. Geralmente, a gestação ocorre como um evento fisiológico, contudo, em cerca de 20% da população, ela evolui com intercorrências, complicações ou agravos que podem gerar uma evolução desfavorável para a mãe ou para o bebê, o que classifica esta mulher como uma gestante de alto risco. Desta maneira, uma gravidez de alto risco é confirmada quando a vida da mãe ou do feto está comprometida por algum distúrbio exclusivo da gravidez ou que decorre durante o período gestacional (AMORIM et al., 2017; BRASIL, 2010; GOMES, 2017; MEDEIROS et al., 2016).

Em relação à mortalidade materna, esta é conceituada como qualquer óbito que ocorra durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto, em decorrência de causas relacionadas ou agravadas pelo período gestacional, não considerando as causas acidentais. Por ser evitável em cerca de 92% dos casos, a morte materna está mais presente nos países subdesenvolvidos e é considerada uma grave violação dos direitos humanos femininos. No tocante à sua prevenção, destaca-se a importância da qualificação da assistência, especialmente nas gestações de alto risco. Estas mulheres com risco associado têm elevada chance de desfechos

maternos ou neonatais desfavoráveis, se não contarem com equipe multiprofissional adequadamente capacitada e que disponha de recursos materiais e estruturais necessários (BRASIL, 2010; GOMES, 2017; UNICEF, 2014).

Assim, as gestantes de alto risco devem ser assistidas de maneira individualizada, através de uma assistência sistemática, voltada para as suas reais necessidades e baseada em evidências científicas que corroborem a qualificação do cuidado. Em relação às necessidades dessas mulheres, há ainda o agravamento causado pelas situações estressoras devido ao medo de criar expectativas sobre o desfecho da gestação e a saúde do filho, à culpa por não conseguir conduzir a gravidez de forma habitual, ao receio sobre o parto e à falta de controle sobre o próprio corpo (ÁVILA, 2014; SILVA et al., 2013).

O processo de medo, incerteza e culpa é agravado ainda, por vezes, pelo grande número de exames e pela necessidade de hospitalização à qual estas mulheres são submetidas desde o início do ciclo gestacional. Isto posto, somado ao uso constante de intervenções medicalizadas, acaba fortalecendo as perspectivas ancoradas no modelo biomédico, tecnocrático e invasivo, que prevalece na assistência às mulheres classificadas como alto risco em virtude de vivenciarem sua gestação associada a uma morbidade (ÁVILA, 2014; GOMES, 2017; SILVA et al., 2013).

Em um contexto dominante na obstetrícia brasileira, a medicalização do ciclo gravídico-puerperal tem sido associada à mortalidade materna e ao aumento das iatrogenias como resultado da banalização das intervenções médicas e de procedimentos invasivos para todas as mulheres, mesmo as saudáveis. Em resposta a essas evidências, o Ministério da Saúde (MS) vem implementando diversas medidas na tentativa de melhorar a qualidade da assistência e os indicadores da saúde materna e neonatal. Entre estas ações, houve o estímulo da participação constante das enfermeiras obstétricas no cuidado pré-natal e sua atuação ativa na sala de parto até chegar ao puerpério (ÁVILA, 2014; REIS, 2015; SILVA et al., 2013; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

O enfoque das enfermeiras que atuam no cuidado obstétrico deve incluir, além das causas físicas, as múltiplas dimensões corporais e psíquicas das mulheres. Esta atuação está em conformidade com diversas portarias ministeriais brasileiras que dispõem de princípios humanizados, de igualdade e integralidade. Para serem alcançadas, estas premissas englobam a cumplicidade, a empatia e a

compreensão, que também estão fortemente presentes nos estudos de Kristen Swanson e que, se aplicadas, promovem um cuidado que transcende o paradigma biomédico. Quando correlacionados, estes estudos e portarias denotam que o cuidado de enfermagem deve centrar-se em abranger questões objetivas e subjetivas na assistência, o que resulta em muito mais do que "fazer", mas envolve também as questões do "ser" (SANTOS et al., 2012; SWANSON, 1991, 1993, 1999; SWANSON; WOJNAR, 2004).

Portanto, a ação de cuidar vai diretamente ao encontro do compromisso de manter a singularidade do ser humano cuidado. A consciência do cuidado deve envolver momentos de sensibilidade, respeito, gentileza e preocupação, o que diferencia completamente o cuidado das enfermeiras de uma simples realização de procedimentos (SALVIANO et al., 2016).

Sob o ponto de vista teórico, os escritos de Swanson apontam o ser humano como a essência do interesse para o cuidado de enfermagem. O foco deste cuidado não deve ser a medicalização, nome da doença ou agravo sofrido, mas sim compreender as necessidades do ser humano, incluindo corpo, alma e espírito. Neste sentido, a enfermeira, ao identificar as necessidades da gestante de alto risco, deve direcionar o seu cuidado para além das questões biológicas, e incluir as causas emocionais, sociais e espirituais (ANDERSHED; OLSSON, 2009; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010; SWANSON, 1991, 1993, 1999; SWANSON; WOJNAR, 2004; TOMEY; ALLIGOOD, 2011).

Em relação à dimensão filosófica, o cuidado das enfermeiras perpassa pela questão antropológica que inquieta os seres humanos quanto ao seu significado no mundo. Este cuidado pode ser entendido como um elemento que ocupa uma esfera ontológica envolvendo um sentido que vai além da teorização de uma ação, advindo de uma articulação estrutural que se exprime de maneira singular e distinta. Assim, em um mundo de constantes mudanças, o cuidado deve compreender o desenvolvimento pessoal, e uma autocompreensão ontológica que facilite a reflexão epistemológica. Isto quer dizer que, no processo de cuidar, a enfermeira deve doar também suas percepções, emoções e sentimentos à gestante, para ver, a partir de si mesma, o que se é em si mesma (SALVIANO et al., 2016; SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2009).

Visto sob uma dimensão espiritual e com o foco teórico de Swanson, o cuidado de enfermagem deve integrar aspectos subjetivos da assistência a fim de criar um ambiente que promova ações terapêuticas centradas no cliente por meio da escuta sensível e do acolhimento, de modo que transcenda o físico e respeite as práticas espirituais e as expressões artísticas. Quando o cuidado acontece envolvendo esta dimensão, os resultados refletem-se no bem-estar das pessoas assistidas (SALVIANO et al., 2016; SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010; SWANSON, 1991, 1993, 1999).

Sob uma dimensão prática e social, ao cuidar, a enfermeira educa, orienta e incentiva a autonomia das mulheres, oferecendo um cuidado integral, equânime e humanizado, garantindo uma atenção universal que respeita a cidadania feminina e promove a “saúde como um direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1990; SALVIANO et al., 2016).

Deste modo, fica evidente que a atuação das enfermeiras se insere para além do cuidado técnico, pautando-se se em cuidados integrais, incluindo os desmedicalizados e não invasivos que se mostram essenciais e indispensáveis às mulheres com gestação de risco. Assim, ainda que a enfermeira não assista de forma direta ao parto das gestantes com risco obstétrico associado, sua assistência resulta em um cuidado que visa a segurança e o bem-estar da mulher e de seu filho (AMORIM et al., 2017; GOMES, 2017; GOMES et al., 2014; MEDEIROS et al., 2016).

Neste sentido, as tecnologias não invasivas refletem uma perspectiva de cuidado em concordância com os princípios contidos na Teoria de Cuidados e Bem-Estar de Kristen Swanson. Isto inclui os procedimentos e as tecnologias utilizadas no trabalho de parto, parto e pós-parto, cuja característica principal é a de não invasão, o que promove na mulher uma sensação de confiança e segurança, resgatando o seu protagonismo durante o processo parturitivo (ANDERSHED; OLSSON, 2009; ÁVILA, 2014; KALFOSS; OWE, 2015; NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010; SWANSON, 1991, 1993, 1999; SWANSON; WOJNAR, 2004; TOMEY; ALLIGOOD, 2011; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Este conceito de não invasão baliza as TNICE e posiciona a enfermagem em uma lógica contrária ao pensamento medicalizado e invasivo, comuns e presentes nas maternidades de alto risco. As TNICE, por sua vez, são utilizadas pelas

enfermeiras como forma de tornar a mulher mais empoderada e em uma tentativa de diminuir as intervenções do ambiente hospitalar. A partir do momento em que a enfermeira compartilha as decisões de seu cuidado, utilizando as tecnologias não invasivas, um vínculo se estabelece entre a profissional e a gestante. Assim, presume-se que o conceito de não invasão e de respeito ao protagonismo feminino prevaleça mesmo diante de procedimentos que porventura sejam necessários nas gestações de alto risco (ÁVILA, 2014; REIS, 2015).

Ainda, a atuação das enfermeiras tem sido relacionada ao maior grau de satisfação das mulheres, pois transmite segurança, promovendo o conforto e resgatando a autoconfiança. Assim, as concepções que sustentam o cuidado não invasivo de enfermagem para o bem-estar das mulheres com gestação de risco ultrapassam a mera utilização de métodos para o alívio da dor durante o processo de parturição, alcançando uma prática que envolve a interação de recursos imateriais (concepções ideológicas, conhecimentos científicos e saberes femininos) com a utilização de recursos materiais (normas e rotinas hospitalares, instrumentos e equipamentos), mediados por um trabalho vivo que recorre, majoritariamente, às habilidades relacionais (tecnologias leves) para a construção de um cuidado terapêutico compartilhado, com o resgate, valorização e respeito ao corpo feminino (GUIMARÃES; COSTA, 2013; PRATA, 2016; REIS, 2015; ROCHA et al., 2016; SHIMO; MAFETONI, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pois esse tipo de delineamento explora motivos, crenças, valores, atitudes e uma variedade de significados que buscam compreender as relações, fenômenos e processos que não podem ser entendidos e reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Um dos aspectos mais significativos da pesquisa qualitativa é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados para “descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais” (GIL, 1999, p. 73).

Portanto, essa abordagem permite a compreensão das particularidades de comportamento de um grupo social, de uma organização e pode contribuir para o processo de mudança deste grupo pesquisado (GIL, 1999), possibilitando desvelar os traços peculiares que as particularidades do meio exprimem sobre as pessoas (LAKATOS; MARCONI, 2010; TRIVIÑOS, 2009).

3.2 Campo de pesquisa

Este estudo foi realizado no setor de alojamento conjunto de uma maternidade terciária de um hospital universitário da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro. Tendo sido inaugurado em 2 de junho de 2006, o prédio da maternidade tem três pavimentos e funciona de maneira integrada ao referido hospital. O primeiro andar dispõe de áreas de ensino, administrativa, medicina fetal e um anfiteatro. No segundo andar há consultórios de pronto-atendimento, enfermaria de gestantes com 17 leitos, e o centro obstétrico, que abarca quatro quartos de pré-parto, duas salas de parto, duas salas de cirurgia, dois leitos de recuperação pós-anestésica e quatro leitos de unidade de cuidados

especiais para cuidados maternos. O terceiro andar é reservado para as áreas de alojamento conjunto, com 20 leitos maternos e 20 leitos de recém-nascidos, bem como três leitos de pré-alta, Unidade Neonatal com capacidade para 24 leitos, quarto de mães acompanhantes e banco de leite humano. A maternidade visa oferecer assistência às gestantes que requerem cuidados terciários e contribuir para a formação profissional e a produção de conhecimento no âmbito da saúde perinatal, com integração das áreas da assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Atualmente, esta instituição é referência para gravidez de risco no estado do Rio de Janeiro e disponibiliza os seguintes serviços: ambulatório de pré-natal, exames laboratoriais e diagnósticos, unidade de internação para gestantes, centro obstétrico, unidade de cuidados intermediários para mulheres, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para neonatos, banco de leite humano funcionando 24 horas por dia e pronto-atendimento para intercorrências clínicas e obstétricas.

O centro obstétrico dispõe de quatro apartamentos individualizados com leito obstétrico adaptado para pré-parto, parto e pós-parto imediato (leito PPP), os quais possuem banheiro privativo com chuveiro. Além disso, também disponibiliza alguns instrumentos, como: bolas obstétricas, cavalinhos e massagedores em cada um dos quartos. Na infraestrutura hospitalar há também duas salas de parto, um posto de enfermagem central e outros dois postos complementares, um anexo à unidade de cuidados especiais e outro junto às salas de cirurgia, além das áreas de expurgo, farmácia satélite, sala de estar da enfermagem, sala de estar dos profissionais médicos, sala de convivência multiprofissional e uma copa.

A equipe de enfermagem deste setor é responsável pelos cuidados de enfermagem oferecidos às gestantes no pré-parto, parto e pós-parto imediato, além dos cuidados de enfermagem oferecidos ao recém-nascido na sala de parto. É composta por enfermeiras obstétricas, enfermeiras generalistas, residentes de enfermagem obstétrica em processo de qualificação, além dos técnicos de enfermagem. Em relação ao alojamento conjunto, a equipe também é composta por outros profissionais de qualificação semelhante. Já em relação à infraestrutura, o setor dispõe de posto de enfermagem central, sala de convivência da enfermagem, farmácia satélite e copa para a equipe.

No ano de 2019, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a maternidade assistiu 498 nascidos vivos, sendo 61% nascidos

por cesariana e 39% nascidos por parto normal. Cabe ressaltar que a referida instituição autorizou a realização da pesquisa em suas dependências (ANEXO A).

3.3 Participantes do estudo

As participantes deste estudo foram 20 puérperas internadas na enfermaria de alojamento conjunto e assistidas no centro obstétrico da maternidade terciária por ocasião do trabalho de parto.

As participantes incluídas foram puérperas que tiveram a gravidez classificada como de risco, que ficaram sob os cuidados das enfermeiras durante o trabalho de parto, independente de terem vivenciado um parto normal ou sido submetidas a uma cesariana. As puérperas excluídas foram aquelas que chegaram à unidade em período expulsivo do parto, as que permaneceram uma hora ou menos no centro obstétrico até o nascimento e as que estavam com menos de 12 horas de puerpério.

O processo de análise dos dados possibilitou a construção de um perfil sociodemográfico das puérperas participantes. Este foi elaborado com base na primeira parte do roteiro semiestruturado que orientou as entrevistas.

Todas as 20 participantes eram mulheres na idade adulta, com idade entre 18 e 40 anos. Uma boa parte delas (9) estava na faixa etária entre 22 a 29 anos e a idade média foi de 26,6 anos. Quanto à escolaridade, oito delas possuíam o ensino médio completo e cinco alcançaram o ensino superior, incompleto ou completo, sendo que uma participante possuía pós-graduação *lato sensu*. A maioria das puérperas (12) é trabalhadora e exerce funções na área de comércio, administrativa e de saúde.

Quanto ao perfil obstétrico, das 20 mulheres, 13 tinham duas ou mais gestações, enquanto sete vivenciavam sua primeira gestação. Houve predomínio das mulheres com história prévia de um parto ou mais (9), que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (18) e, na gravidez atual, o desfecho do parto foi por via vaginal (18).

Em relação às morbidades associadas, a maioria (14) apresentava doença pré-existente como colagenoses, cardiopatias, patologias vasculares, doenças neurológicas, doenças infecciosas, entre outras. As complicações obstétricas que se

fizeram presentes foram a pré-eclâmpsia (3), prematuridade (1), incompetência istmocervical (1), amniorrexe prematura (1) e história de natimortalidade (1), como pode ser observado no Apêndice A.

3.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu no período de abril a julho de 2019. Procedeu-se à busca ativa pelas puérperas que estavam hospitalizadas sob os cuidados do alojamento conjunto na instituição. Primeiramente, foi realizada a leitura dos prontuários destas puérperas a fim de selecionar aquelas que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Em seguida, foi feito um contato prévio, para uma breve explicação da pesquisa e o subsequente convite para a participação. Após o aceite, a puérpera foi convidada para realizar a entrevista em uma sala separada, localizada no próprio alojamento conjunto, a fim de garantir a privacidade necessária dentro da maternidade terciária. Mediante a devida autorização, essas entrevistas foram gravadas individualmente em arquivos de áudio digital, com o objetivo de obter um registro fiel da enunciação. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade e transcriadas.

Os depoimentos foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro temático com questões norteadoras, contendo duas partes que envolveram os cuidados recebidos pelas enfermeiras durante o trabalho de parto e parto. Após levantar alguns dados de identificação da participante, a parte 1 oferecia esclarecimentos acerca da entrevista e levantava questões relativas ao perfil pessoal e obstétrico das mulheres. Já a segunda parte trazia perguntas de interesse para a produção dos dados da pesquisa (APÊNDICE B).

Entende-se por entrevista semiestruturada aquela que obedece a um roteiro previamente elaborado, o que assegura ao investigador a possibilidade de fazer questionamentos adicionais, viabilizando a condução da entrevista como uma conversa, uma vez em que os tópicos do roteiro servem apenas como lembretes e guias para o andamento da interlocução. Tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa (MINAYO, 2014; TRIVIÑOS, 2009).

Inicialmente, foi realizada uma entrevista-piloto a fim de verificar a necessidade de modificar algum item do instrumento, visto que esse procedimento tem a função de aperfeiçoar o projeto ou avaliar sua factibilidade. Entretanto, após esta entrevista verificou-se que não houve a necessidade de fazer alterações em nenhum item da ferramenta de coleta de dados (POLIT; HUNGLER, 2007).

3.5 Técnica de análise dos dados

O material obtido por meio das entrevistas foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de comunicação, com o intuito de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/recepção destas mensagens (BARDIN, 2013).

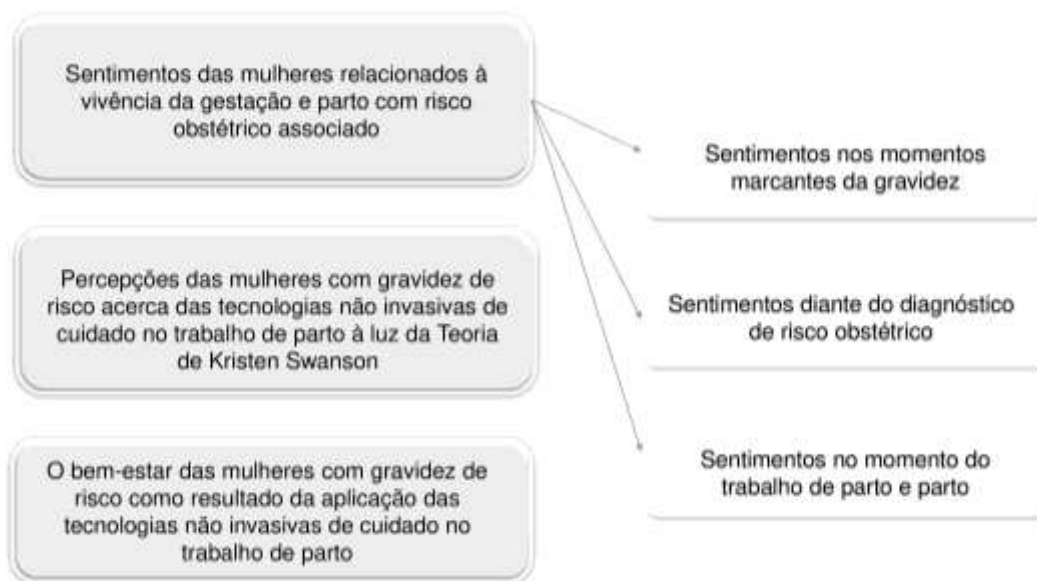
Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo se inicia pela leitura das falas, que é realizada por meio das transcrições das entrevistas, documentos e depoimentos. Geralmente, os procedimentos levam a relacionar estruturas significantes (semânticas) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados a fim de articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: contexto cultural, variáveis psicossociais e processos de produção de mensagem. Esse conjunto analítico visa a dar consistência interna às operações (BARDIN, 2013).

Nessa perspectiva, a análise dos dados aconteceu em três momentos, começando com a pré-análise, que envolveu a sistematização das ideias que emergiram das entrevistas, seguida da leitura flutuante, a qual possibilitou o delineamento das primeiras impressões frente aos objetivos propostos pela presente pesquisa. Posteriormente, a exploração e organização do material permitiram a definição das unidades de registro (UR) por meio dos conteúdos identificados nos trechos transcritos. Esse processo de codificação apontou para os conteúdos de mesma origem temática, ou seja, as unidades de significação (US). Por último, as US foram agrupadas em conjuntos maiores, de acordo com as características comuns de seus elementos. Essa classificação originou categorias temáticas de

análise que fizeram a articulação dos dados com os conceitos discutidos na pesquisa.

O esquema sinóptico, na Figura 3 abaixo, mostra que, ao final, este processo analítico possibilitou a construção de três categorias. A primeira foi “Sentimentos das mulheres relacionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado”, a qual se subdividiu nas subcategorias “Sentimentos nos momentos marcantes da gravidez”, com 168 UR, “Sentimentos diante do diagnóstico de risco obstétrico”, com 67 UR, e “Sentimentos no momento do trabalho de parto e parto”, com 79 UR. Já a segunda categoria abordou as “percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto à luz da Teoria de Kristen Swanson”, com 188 UR. Para terminar o processo de análise, a terceira categoria discorreu sobre “o bem-estar das mulheres com gravidez de risco como resultado da aplicação das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto”, com 160 UR.

Figura 3 – Esquema sinóptico das categorias de análise



Fonte: A autora, 2019.

3.6 Aspectos éticos do estudo

O estudo respeitou os preceitos éticos conforme determina a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013) e foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ), obtendo o parecer favorável número 3.241.465, e CAEE número 02871318.6.0000.5282 (ANEXO B).

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorizaram a gravação dos depoimentos (APÊNDICE C). Ao final de cada entrevista, foi fornecida uma cópia do TCLE datada e assinada pela participante e pela pesquisadora.

Em consonância com recomendações oficiais, e com vistas a manter o anonimato das participantes, estas foram designadas pela ordem de concessão das entrevistas como E1, E2, E3 e assim por diante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Sentimentos das mulheres relacionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado

A análise de conteúdo das entrevistas possibilitou a compreensão dos sentimentos das mulheres com risco obstétrico associado. O processo de análise dos dados da parte 2.1 do roteiro estruturado evidenciou que muitas vezes estes sentimentos são contraditórios entre si, mas quase sempre são permeados por ansiedades, inseguranças, dúvidas e incertezas do desconhecido que está por vir.

4.1.1 Sentimentos nos momentos marcantes da gravidez

A gestação e o parto são experiências muito significativas para a maior parte das mulheres, especialmente as classificadas como gravidez de alto risco. As expectativas destas mulheres influenciam diretamente nas vivências relacionadas ao parto e à maternidade (RODRIGUES et al., 2016; VIEIRA et al., 2019).

Neste sentido, a análise dos dados revelou a “insegurança” como o principal sentimento que cerca as gestantes com risco obstétrico associado. Este sentimento esteve presente no relato de 11 participantes que vivenciaram a gestação ou o parto como um momento de situações incertas, imprevisíveis e, por vezes, desagradáveis.

A insegurança apareceu nos relatos como um componente emocional que derivou principalmente dos riscos obstétricos ou agravamento do estado de saúde das participantes durante o período gestacional:

E depois veio mais um problema de saúde, pois eu tive chicungunya [...]. Depois, eu tive infecção urinária, paralisia de Bell e diagnosticaram também esta pré-eclâmpsia (E1).

Eu vim acompanhando e teve um dia que eu tive um sangramento. [...] Horas depois, eu comecei a ter um sangramento (E11).

Não foi uma gestação tranquila porque eu tive pressão alta. No primeiro dia que eu vim fazer a consulta de pré-natal aqui, eu já fiquei internada, lá na

enfermaria de gestantes. Eu fiquei lá e depois a pressão subiu, e eu fui lá para dentro para fazer sulfato [de magnésio]. Eu fiquei lá e sulfatei, daí a médica falou que teria de induzir o meu parto por conta da pressão [arterial] (E13).

Então foi uma gestação tranquila entre aspas, pois foi cheia de inseguranças sobre meu estado de saúde (E15).

A incerteza quanto ao bem-estar materno e fetal foi agravada pelas condições clínicas das participantes que, devido ao risco obstétrico que possuíam, eram submetidas a intervenções médicas. O uso contínuo de medicações e o agravamento dos sintomas patológicos contribuíram para um sentimento ambíguo de insegurança e dúvida em relação ao futuro. Este componente emocional acompanhou o período gestacional e parturitivo destas mulheres, provocando ansiedade e indefinição quanto ao estado de saúde materno e fetal:

A minha gravidez foi muito conturbada, eram muitas informações e, muitas delas não eram concretas. Eu não sabia se o bebê ia ficar bem, se eu ia ficar bem, como eu iria reagir. Todos os médicos falavam que provavelmente seria cesárea por causa que seria de risco (E11).

Foi bem complicada pela medicação (E12).

Pôde-se observar que a gestação e o parto provocaram modificações biopsicossociais nas mulheres com morbidade prévia. As alterações emocionais, biológicas e as relações sociais que ocorrem durante a gravidez de risco podem ocasionar profundos efeitos psicológicos. Estas mulheres corriqueiramente se veem diante de sentimentos contraditórios e isto contribui para alterações psicológicas que podem gerar tanto alterações de comportamento quanto o aumento de irritabilidade e sensibilidade emocional (AMORIM et al., 2017; LIMA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2016).

Outro sentimento contraditório que emergiu dos depoimentos foi o de “tranquilidade”, que nove participantes relataram sentir diante dos momentos marcantes vivenciados na gravidez.

Foi uma gestação tranquila (E6).

A gestação foi tranquila e o parto também foi normal (E8).

Foi uma gestação tranquila [...] no decorrer da gestação foi tudo tranquilo, tudo bem, tudo normal (E16).

Porque não repercutiu na minha saúde em nada. A minha pressão não subiu nenhum momento. Eu não tive diabetes gestacional e, então, foi uma gestação tranquila e o bebê sempre esteve bem (E18).

[...] conforme foi se passando a gestação, foi mais tranquilo porque eu não tive pressão alta, meu parto foi totalmente maravilhoso. Eu não tive diabetes, eclâmpsia, nada (E19).

Foi uma gestação muito tranquila porque eu não enjoei, não vomitei, eu fiz atividade física do início ao fim da gestação. Eu não inchei, não tive nenhum tipo de infecção urinária (E20).

Em relação às razões expressas quanto a este sentimento, cabe ressaltar que a vivência deste momento de certa tranquilidade é influenciada por inúmeros fatores, tanto de ordem contextual quanto psíquica, tais como: o nível de resolução de conflitos desta mulher; a capacidade de lidar com as adversidades; estilo de personalidade; suporte familiar e conjugal e suas expectativas acerca do trabalho de parto. Neste sentido, caso haja constante equilíbrio entre estes elementos, a mulher tenderá a se sentir mais tranquila em relação ao exercício da maternidade (AMORIM et al., 2017; LIMA et al., 2019; VIEIRA et al., 2019).

Portanto, estas falas denotam que, mesmo no âmbito das gestações de alto risco, há mulheres que demonstram maior facilidade de lidar com as adversidades e vivenciar a sua condição de saúde com maior tranquilidade (VIEIRA et al., 2019).

A tranquilidade adquirida por meio do vínculo estabelecido entre a cliente e os profissionais da maternidade terciária também despontou no depoimento das participantes:

As coisas foram começando a se tranquilizar quando eu vim para cá. E eu vim para cá no dia 29 do mês passado, que foi a minha primeira consulta aqui. E foi um momento marcante porque foi um alívio. Foi o primeiro alívio que eu tive! [...]. Então, quando eu vim para cá, tanto eu quanto o meu namorado, quanto a minha família, a gente deu uma acalmada. Então foi mais um momento muito importante (E11).

A gestação foi tranquila, até melhor do que o esperado, e o bebê sempre bem, dentro do peso ideal. E também como eu vim para um local que já é especializado no risco é melhor ainda, né? [...] depois que eu fui para casa, depois de vir para cá, eu fiquei muito tranquila (E19).

Percebeu-se que o cuidado oferecido pela equipe multiprofissional especialista emergiu como um quesito importante para uma vivência mais tranquila da gestação, contribuindo para o bem-estar materno-fetal e para a humanização da assistência. Ao serem admitidas e atendidas na maternidade de risco, a percepção causada pelo diagnóstico obstétrico desfavorável foi atenuada com a assistência ofertada, o que resultou na diminuição da ansiedade, proporcionando tranquilidade para estas mulheres (AMORIM et al., 2017; LIMA et al., 2019).

Em contrapartida, e ainda no tocante às percepções decorrentes da gravidez de risco, o “medo” também emergiu como uma sensação que frequentemente assombra as gestantes (10 participantes). O medo é um estado emocional resultante de uma ameaça e ou perigo constante, e este elemento pôde ser percebido por meio do que foi expresso pelas entrevistadas:

Porque eu estava com muito medo mesmo, sabe? E eu tinha muito medo de perder ela porque ela era tudo para mim. E eu demorei muito para engravidar de novo porque eu não queria filho e depois que eu perdi, eu disse que não teria mais filho porque eu não queria sofrer tudo o que eu sofri, então era melhor não ter (E9).

Eu fiquei com medo de perder ela (E13).

Quando eu descobri que estava grávida da [nome da filha], eu já sabia que tinha lúpus, e eu fiquei com muito medo de perder ela. De ter alguma complicação devido o lúpus [eritematoso sistêmico] (E14).

Nos depoimentos, as mulheres manifestaram medo de não conseguir levar a gestação ao termo, de morrer ou de que acontecesse algo com o bebê. Durante a gestação de alto risco, a mulher experimenta uma situação de constante tensão. Esta mulher sente medo dos imprevistos que podem surgir (WILHELM et al., 2015). Por si só, a situação de ser classificada num grupo de risco emergiu dos depoimentos como uma situação de tensão e preocupação:

Na gestação, esta questão do alto risco me deixou muito assustada. [...] Eu cheguei a falar com o meu esposo que ele iria cuidar do bebê sozinho. Porque depois de eu ter ouvido aquilo tudo, para mim, o que mais me marcou durante a minha gestação foi esta questão. O impacto que esta palavra gerou. [...] Mas o impacto psicológico que isto me gerou e a maneira também com a qual eu fui abordada me impactaram muito negativamente (E18).

Corroborando, o “desamparo” do poder público se revelou nos depoimentos como um fator de vulnerabilidade entre seis participantes. As dificuldades de acesso a um pré-natal específico, o despreparo profissional nas unidades básicas de saúde para lidar com situações de risco obstétrico, a falta de insumos e de recursos materiais para a assistência pré-natal na atenção primária de saúde e a falta de referência e contrarreferência impediram ou dificultaram o acesso à maternidade de alto risco durante o período gestacional:

[...] mas aí no posto ninguém me escutava quando eu falava: “Eu sinto uma gotinha cair no meu absorvente. Eu estou grávida, mas estou usando absorvente”, daí eles falavam: “Ah, é porque o útero contrai a bexiga, e aí você fica com a bexiga mais leve”. Mas ninguém me deu ideia [...] E assim,

eu pedi no posto, eu falei: “Me manda pra uma maternidade de alto risco, pelo amor de Deus!” [...] daí eles falavam que era o Sisreg (E7).

Eu consegui a vaga no centro de Belford Roxo; e eu comecei a fazer lá [pré-natal]. Mas não foi bom. Porque eles não escutavam o coração do bebê, não mediam a barriga, tratavam super mal [...] Aí, quando eu passei mal, fiquei peregrinando pelos hospitais. Andando de hospital em hospital e ninguém queria ficar comigo porque eu era de risco e eu não tinha dilatação. [...] Mas aí, quando eu cheguei aqui, eu fui super bem tratada, foi outra coisa. Parece até que eu estou em outro país. Todo mundo me tratou bem. Ninguém aqui me tratou mal (E9).

Aí depois eu voltei na Clínica da Família, e fui pessoalmente porque eles sempre pediram para ligar, mas eu decidi ir pessoalmente e aí eu descobri que ele [médico de família] tinha feito este pedido errado. E eu fiquei esperando 1 mês. [...] Porque eu sou uma pessoa que eu tenho fibrose cística e eu já sabia que eu era de risco. E não sabia aonde eu ia ter meu bebê e eu não estava fazendo um pré-natal adequado (E11).

Eu sempre tive as crises desde os meus 14 anos. [...] Daí eles me atendiam e mandavam eu procurar um neurologista e me encaminhavam. Só que eu ficava quase dois anos para poder cair no sistema de alguma unidade e me tratar. [...] Aí quando eu engravidei desta vez agora as crises vieram mais constantes. Aí eles me encaminharam para cá e eu comecei a me tratar aqui. Foi quando eu fiz o exame da cabeça e eles descobriram o que é. Então, tratamento mesmo foi agora este ano, e aqui (E17).

Conforme visto, uma das participantes demonstrou-se desapontada pelo seu acompanhamento pré-natal, por não conseguir ouvir as batidas do coração de seu filho e pela demora na contrarreferência à maternidade de alto risco. Em compensação, o mesmo sentimento de desamparo deu lugar ao de segurança quando ela foi referenciada e se viu sob os cuidados de especialistas.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento estabelece que todas as gestantes assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm direito ao acesso digno e de qualidade durante a sua gestação, parto e puerpério. Essa assistência deve ser realizada em local seguro e preparado, de maneira organizada e humanizada. Portanto, é obrigação de toda unidade de saúde receber com dignidade esta gestante e, por meio de condutas acolhedoras, referenciá-las ao atendimento específico (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2019).

A falta de vínculo entre a assistência pré-natal e o local do parto leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vaga nos hospitais. Além disso, a maior parte dos agravos maternos ocorre neste período, o que demanda um cuidado especializado às pacientes em maior situação de risco. Neste panorama de atenção obstétrica, e com base nos resultados deste estudo, o acesso aos princípios e diretrizes do SUS, que garantem o direito de toda mulher ao

atendimento integral e especializado, é ainda uma situação emblemática a enfrentar (BRASIL, 2004; SILVA et al., 2019).

Considerando que uma assistência segura e de qualidade necessita ser constituída por práticas articuladas que envolvam aspectos econômicos, sociais e culturais da gestante e seus familiares (BRASIL, 2006), outro elemento que apareceu nos discursos foi a demora na aquisição ou ausência de garantia aos medicamentos essenciais e de uso contínuo na gravidez.

Tal acontecimento obrigou uma das participantes a uma internação prolongada, o que acabou afastando-a do seu ciclo familiar, tornando-a mais suscetível a complicações e intervenções que poderiam ter impacto direto no bem-estar dela ou de seu filho (SILVA et al., 2019).

Eu fiquei muito tempo internada, eu passava mal, mas não era nem por isso. Foi porque eu tinha que tomar o remédio, o Clexane®. E eu não consegui na justiça. Demorou a sair e quando veio só foi para dois meses. E eles pediram que quando acabasse os dois meses era para eu ir lá e pegar de novo, mas eu sempre ia e nunca tinha. Muitas vezes eu ligava e estava faltando, sem previsão de chegada. E assim foi até hoje, eu não recebi ainda. E daí eu acabei me internando para fazer o uso do medicamento, senão eu perderia o meu filho (E15).

Outro sentimento ambivalente que emergiu como unidade de significação (US) foi a “surpresa” (quatro depoimentos). Este elemento surgiu quando as mulheres foram questionadas acerca de momentos marcantes vivenciados na gestação ou parto. Em várias falas, percebeu-se a estranheza das mulheres ao se descobrirem gestantes, sendo que uma delas expressa, em especial, um sentimento positivo de comoção, admiração, apego à fé e satisfação pela gravidez já sabidamente de risco:

Desde que eu descobri que eu estava grávida da [nome da filha], foi tudo muito impactante. Esta gestação foram seis meses para mim que, assim, quando eu paro sozinha e tento pensar, eu falo: “Gente, parece um filme, que loucura!” [...] Parece que foi uma história minha com Deus [...] Então eu falei: “Se o Senhor acha, alguma coisa de bom tem que vir, então eu aceito! Eu quero que o Senhor traga ela com saúde, e que esteja tudo bem”. E a partir deste momento eu me peguei amando a minha filha (E7).

Por outro lado, algumas mulheres manifestaram espanto ao se descobrirem grávidas. Comumente, a descoberta da gravidez proporciona diversos tipos de emoção, como alegria, surpresa, insatisfação e, algumas vezes, medo. Alguns fatores como o planejamento pessoal e o desejo da mulher em relação à maternidade colaboram para o predomínio da vivência de sentimentos positivos; já a

falta de apoio da família ou do companheiro e a instabilidade socioeconômica contribuem para a soma de sentimentos negativos (LEITE et al., 2014). Neste sentido, a ambivalência do sentimento de surpresa foi representada neste estudo por depoimentos de susto/apreensão:

Então aí eu fiz esta ultra e nesta ultra eu descobri que estava grávida. E até então foi um baque muito grande porque a doutora começou a falar como se eu já soubesse. Daí ela pediu desculpas e disse que se soubesse, não falaria daquela forma (E11).

Ela também não foi planejada e foi aquele susto (E12).

[Nome do filho] não foi planejado, foi um susto, uma surpresa (E16).

É importante ressaltar que, diante do diagnóstico de risco, algumas mulheres estavam vivenciando situações que as impossibilitavam de estabelecer uma interação prazerosa com o bebê. Tal fato é revelado por suas histórias de vida, por influência de suas crenças, valores, sentimentos e expectativas diante da gravidez como processo definitivo no seu viver:

E quando os médicos me falaram que era arriscado e que eu corria muito risco, eu já estava até um pouco conformada de não ter filhos. Mas quando veio, eu fiquei assustada! Chorei, meu esposo me acalmou e ele ficou bastante feliz. Mas eu fiquei com medo de acontecer alguma coisa comigo e com o meu filho porque o médico já tinha falado que era risco para mim e para o bebê (E15).

Assim como os outros sentimentos descritos, o percurso da gestação e do parto nas mulheres com gravidez de alto risco também foi permeado por sentimentos ambivalentes de “tristeza”, “negação” e “preocupação” (cinco, três e duas participantes, respectivamente). Tais sentimentos não apareceram relacionados somente ao bem-estar da mãe ou do bebê, mas também a outros fatores, como a vivência de situações limitantes, ausência de estrutura familiar bem definida e temores quanto ao futuro. O grau de sofrimento depende das características psicológicas de cada gestante, e muitas vezes algumas têm dificuldade em adaptar-se a esta situação. A notícia do risco força essas mulheres a reorganizarem sua vida, e esse processo de ajustamento pode ter potencializado as percepções sentidas por elas:

Tive também alguns problemas pessoais. Assim, nada muito grave, mas sempre tinha alguma coisa ou algum probleminha para eu resolver, e isto foi muito difícil pra mim, fiquei bem triste e preocupada (E1).

Então eu ficava muito preocupada se ia dar tudo certo com ele, se ele ia ser um bebê que nasceria saudável independente de mim (E11).

Até eu aceitar, de início foi difícil. Porque a gente só está há um ano junto. E ele estava desempregado também, e não tem casa própria. Então foi num momento delicado (E12).

Na gestação eu estava bem preocupada no início, por causa da doença, para saber se eu ia ter uma gestação saudável. Ainda teve mais um problema que eu tive com o plano de saúde. Porque eu era da aeronáutica, e aí me cortaram do plano de saúde por causa da idade. E aí eu me vi grávida, com lúpus e ainda sem plano de saúde (E14).

Portanto, evidenciou-se a importância de oferecer à gestante apoio físico, emocional, informacional e acolhimento específicos nas situações de risco obstétrico gestacional. A maternidade se configura como um acontecimento que exige responsabilidade, maturidade e consciência. Em consequência, a equipe de saúde que assiste a estas gestantes deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar diretamente a gravidez, sejam eles fatores clínicos, socioeconômicos, sejam de cunho emocional. Além de oferecer apoio a esta mulher, com informações sobre o andamento de sua gravidez, a equipe também deve trabalhar para ampliar a rede social de apoio a ela, agregando pessoas de convivência próxima e familiares (AMORIM et al., 2017; LIMA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2016).

Diante do exposto, fica notório que o cuidado às mulheres com risco obstétrico gestacional não pode restringir-se às ações clínicas e obstétricas, devendo incluir aspectos antropológicos, psicológicos, sociais e culturais. Estes, por sua vez, precisam ser conhecidos pelos profissionais que assistem as gestantes, buscando compreendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem durante este período (AMORIM et al., 2017; LIMA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2016; VIEIRA et al., 2019).

4.1.2 Sentimentos diante do diagnóstico do risco obstétrico

A gestação de risco é uma experiência estressante em razão dos riscos maternos e fetais que interrompem o curso normal da gravidez. A percepção do diagnóstico pelas participantes da pesquisa se caracterizou por profundas

transformações não apenas fisiológicas, como também biológicas e psicológicas. O que se denotou principalmente das entrevistas foram os sentimentos de “medo”, “surpresa”, “aceitação”, “negação” e “comprometimento” diante da qualificação do risco.

Uma parte das mulheres mostrou-se apreensiva ao receber o diagnóstico de risco obstétrico gestacional (sete participantes). Estas mulheres conceberam o momento como uma experiência estressante à qual elas e seus filhos estavam sendo submetidos. O “medo” da morte, a falta de controle sobre o próprio corpo e a culpa por não conduzirem a gravidez de forma fisiológica permearam os sentimentos de desespero e tristeza no qual as gestantes ficaram imergidas:

[...] quando eu engravidei da [nome da filha], a primeira coisa que veio na minha cabeça foi o medo de perdê-la. E não perder com um, dois meses, três meses. Porque com três meses eu estava no Carnaval, desfilando e fazendo o meu trabalho. Mas depois que eu cheguei aos cinco meses já começou a me bater um pânico (E7).

Eu entrei em desespero. Fiquei com muito medo, claro, porque eu não sabia quais eram os procedimentos para fazer o acompanhamento de gestante tendo já o HIV [Vírus da Imunodeficiência Humana], o risco para o bebê (E10).

Eu fiquei com medo de perder ela. Fiquei com muito medo. Porque eu procurava ler sobre este negócio de pré-eclâmpsia e quando eu li eu fiquei em desespero (E13).

Ah, eu chorei muito. Eu fiquei muito triste. Fique pensando que minha vida ia ser horrível. Até descobrirem mesmo que foi o lúpus [eritematoso sistêmico] e tal, foi um diagnóstico difícil (E14).

Observa-se que a gravidez de alto risco condiciona alterações sociobiológicas como problemática para o bem-estar do binômio materno-fetal. As gestantes, ao receberem e terem que conviver com o diagnóstico de risco, passam por um período de tensão caracterizado por alterações bruscas e complexas que as deixam vulneráveis emocionalmente e com um equilíbrio instável devido ao papel social que são obrigadas a exercer (SANTOS, 2018).

Neste sentido, duas gestantes deixaram clara a importância de seu papel social de mãe e esposa. Retrataram o afastamento do domicílio e das atividades diárias, demonstrando muita apreensão devido à necessidade de hospitalização diante do risco que corriam. Nota-se que o afastamento da mulher de seu papel enquanto mãe e esposa pode favorecer sua não aceitação de seu papel social, resultando em insatisfação pessoal.

Na quarta-feira, quatro dias antes da minha filha nascer, eu recebi a notícia de que eu não tinha tido nada, infecção nenhuma, de que estava tudo bem, mas que eles me segurariam aqui até eu completar 34 semanas. Quer dizer, mais 10 semanas pela frente. Psicologicamente aquilo caiu para mim tipo: “Meu Deus, minha casa, minha vida, minha família, meus cachorros, sabe?” (E7).

Mas, assim, num primeiro momento eu fiquei preocupada por causa do meu bebê, porque eu já sabia que eu estava grávida e eu sabia que era uma doença que iria dificultar um pouco mais o processo de gestação. [...] E o médico me falou que eu não podia ir embora de moto de jeito algum, que eu teria que ficar internada porque eu poderia sangrar até morrer e toda aquela história. Então para mim o pior de tudo foi ter ficado longe do meu companheiro e da minha família (E19).

A percepção de risco é um conceito diferente do risco em si, e reflete a expectativa sobre a probabilidade de um evento. A percepção de risco obstétrico ainda não está claramente definida e, na maioria das vezes, é interpretada com sinônimos ambíguos. Deste modo, das 20 participantes, sete demonstraram sentimento de “surpresa” ao se depararem com o risco gestacional, 10 manifestaram palavras de “aceitação” diante do quadro clínico, três externaram o sentimento de “negação” diante da ameaça contra o bem-estar materno e fetal e uma manifestou sentimento de “comprometimento” consigo e com o filho. Ao refletir sobre a variedade de sentidos que podem ser atribuídos à palavra “risco”, torna-se mais fácil entender esta ambiguidade de sentimentos que o diagnóstico provoca na mulher:

O [diagnóstico] de pré-eclâmpsia, na realidade, eu já esperava porque a minha mãe é hipertensa, e nas duas gestações que ela teve [...] E a mãe dela também é hipertensa. [...] Então, eu já imaginava que poderia acontecer comigo, já esperava (E1).

[...] só que a gente nunca espera de verdade e nunca está pronto, pra receber uma notícia destas. Foi num susto [referindo-se ao diagnóstico de risco] (E4).

Daí um certo dia me peguei em casa e me comprometi por mim mesma que eu ia ficar de repouso. Não vou ficar subindo escada, não vou ficar segurando peso, são três meses, se eu tiver reunião, eu pego o uber e vou (E7).

Mas eu não quis fazer o tratamento, eu não fiz nada. [...] Eu não comecei o tratamento para mim, eu fiquei um bom tempo ainda para aceitar aquilo ali. E aí fiquei mais ou menos uns oito anos sem querer saber de nada e levando uma vida normal (E10).

A literatura afirma que a maneira como a mulher recebe o seu diagnóstico dos profissionais de saúde e a forma como ela vivencia esta experiência são influenciadas pelas informações que ela recebe de pessoas próximas ao longo de

sua vida. Situações vividas anteriormente também podem afetar diretamente sua percepção sobre a gestação e o parto (SANTOS, 2018; TOSTES; SEIDL, 2016).

Neste sentido, a evidência científica aponta que o ser humano é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é herdeiro de um processo que reflete experiências e conhecimentos adquiridos pelas gerações que o antecederam. O papel da parentela e os laços de amizade desenvolvidos entre os grupos, em determinada cultura, tornam-se indicadores da estrutura social daquela comunidade. Este elemento explica o motivo pelo qual as participantes manifestaram sentimentos ambíguos diante do quadro obstétrico de risco (BEZERRA; CARDOSO, 2006; BOURDIEUR, 1977; 1983; LARAIA, 2003).

4.1.3 Sentimentos no momento do trabalho de parto e parto

O processo de análise dos dados revelou que a expectativa do trabalho de parto e parto é muito significativa para todas as mulheres com risco obstétrico associado. Observou-se que este momento é tido como esperado, e que seu significado vai sendo construído e reconstruído dinamicamente na cultura em que as gestantes estão inseridas e de acordo com as experiências vividas por elas. Notou-se que o parto é também um momento frequentemente temido devido ao desconhecimento do que está por vir para aquela gestante ou aquele bebê.

O principal aspecto recorrente que emergiu das entrevistas foram os sentimentos de “ansiedade”, “medo”, “receio”, “apreensão” e “preocupação” com o período parturitivo. Das 20 entrevistadas, a maior parte (16 participantes) associou que o receio de entrar em trabalho de parto derivava da preocupação quanto ao desfecho desfavorável para si própria ou para o bebê. Observou-se que a prevalência destes sentimentos negativos causou grande influência para que efeitos estressantes e desgastantes fizessem parte do ciclo gestacional desta mulher:

Aí eu fiquei com medo, fiquei assustada porque eles induziram o meu parto (E6).

Medo. Bateu muito medo mesmo. [...] Porque o meu medo era da bebê comer o mecônio dentro da barriga (E9).

Se eu ia conseguir sobreviver depois do parto. Eu acho que fiquei com medo, na verdade. Fiquei com muito, muito, muito medo! (E11).

Tanto que no dia que ela veio nascer, o meu medo nem era tanto comigo, o meu medo era mais por ela, de acontecer algum problema com ela (E17).

Historicamente, em diversos grupos sociais e culturais, as vivências do trabalho de parto e parto têm sido associadas a termos como medo, agonia, terror, preocupação, sofrimento e morte. As expectativas geradas em relação a este momento geralmente são baseadas em experiências anteriores, reportagens da mídia e materiais informativos aos quais a gestante tem acesso. Assim, a proximidade do parto aumenta a expectativa desta mulher quanto ao desfecho da gravidez, resultando em uma espera quase sempre angustiante e fundamentada em probabilidades e incertezas (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; PINHEIRO; BITTAR, 2013; TOSTES; SEIDL, 2016).

No risco obstétrico, notou-se que as gestantes vivenciaram situações de maior tensão, exacerbada em muitos momentos pelo medo de procedimentos invasivos desnecessários que pudessem prejudicar ou agravar ainda mais seu quadro clínico. Em outros depoimentos, constatou-se uma tendência a conceber o período parturitivo como uma sensação de certeza de perigo:

Eu li alguns depoimentos sobre violência obstétrica, aí eu ouvi falar sobre o tal ponto do marido, que é quando no parto normal, se a mulher precisa tomar um ponto, o médico dá um ponto a mais pra deixar ela “apertada” e isto prejudica a vida da mulher sexualmente e eu fiquei com medo disto acontecer comigo também (E1).

Eu tinha muito medo. E agora no final especialmente eu fiquei muito ansiosa, quase não dormi. Dormia assim três horas, quatro horas por dia no máximo. Tinha medo de não conseguir ter ela de parto normal, porque eu sabia que para mim o melhor seria o parto normal por causa da recuperação e tudo mais, e tinha medo de cirurgia também porque eu nunca fiz nenhum tipo de cirurgia na minha vida (E3).

Aí eu já tinha ficado com medo de outra cirurgia, então se pudesse ser uma coisa mais natural, eu preferia (E15).

Olha, eu tinha muito medo. Eu tinha medo de fazer uma cesárea sabendo de todos os riscos que alguém obeso poderia encontrar: ceroma, a cicatriz abrir e tudo mais, da anestesia não pegar. Eu li vários relatos de pessoas falando que o médico teve que tentar umas três a cinco vezes e não conseguia por conta da obesidade e do tecido. Então eu tinha muito medo (E18).

Eu sabia que ia ser um parto complicado por conta das minhas crises. Porque sempre quando vinha [referindo-se às crises de epilepsia], eu ficava com isto na minha cabeça que eu ia ter quando nascesse porque eu estava tendo muitas, estavam vindo direto, de maneira constante. Então eu já imaginava que na “hora H” isso ia acontecer (E17).

Quando a participante diz que na “hora H isso ia acontecer”, ela faz uma reflexão subjetiva acerca da situação vivenciada. Representada por meio de simbologia, percebe-se a incógnita suscitada pelo momento do parto na vida desta mulher. Este símbolo utilizado pode ser interpretado tanto por antítese, oposição, cancelamento, eliminação ou anulação do pensamento positivista (TOSTES; SEIDL, 2016).

Já outra parcela de participantes referiu sentir segurança e confiança em relação ao momento parturitivo. A US que abordou os sentimentos de “confiança”, “tranquilidade” e “segurança” deu voz a sete participantes com pronunciamentos sililares:

Minha expectativa era que fosse parto normal mesmo, eu queria muito um parto normal [...] Então, no finalzinho da minha gestação, eu já estava segura e tranquila de que ia ter um desfecho favorável no parto (E14).

De que seria um parto normal e tranquilo. Meus outros também foram normais, então eu já tinha a expectativa de ficar tudo bem (E16).

Observou-se que o depoimento destas mulheres vai ao desencontro do que tem sido muitas vezes apontado na literatura: o parto predominantemente visto como algo a ser temido e não associado a sensações de confiança, prazer, cuidado e segurança.

O desconhecimento de sensações positivas que o trabalho de parto pode proporcionar se deve em grande parte ao tabu que o assunto envolve. Em uma sociedade que sofre grande influência da igreja, a gravidez muitas vezes é vista como evidência concreta da prática sexual. Assim, conforme passagem bíblica, o trabalho de parto e parto é expiado por meio de dor e sofrimento. Neste sentido, muitas mulheres que possuem expectativas ou sentimentos de alegria, confiança, segurança e êxtase no trabalho de parto se sentem receosas ou envergonhadas de compartilharem suas experiências, o que acaba por favorecer uma maior prevalência de sentimentos negativos, levando a maioria das mulheres a conceber o trabalho de parto como um momento naturalmente sofrido (DAVIS; BONARO, 2010; FLOYD, 2003).

Dando continuidade, outro elemento que emergiu dos depoimentos revelou que a assistência multiprofissional específica recebida na maternidade terciária gerou expectativas positivas relacionadas ao período parturitivo. Como sabido, o cuidado obstétrico destas gestantes não pode incluir apenas a dimensão biológica

da assistência, considerando-se imprescindível o acompanhamento social, emocional, etc. Portanto, deve-se levar em consideração todos os aspectos, pois eles influenciam diretamente na expectativa, preparação e vivência da parturição (TOSTES; SEIDL, 2016).

Eu estava confiante. Porque eu já havia tido o meu filho aqui [na maternidade terciária]. Então, eu me sinto confiante aqui e segura. Eu tinha certeza de que ia acontecer tudo bem (E12).

Quando eu cheguei aqui, eu fui tranquilizada lá no pré-natal. Acabei desconstruindo tudo o que tinham me dito, de que eu teria que vir para o alto risco porque eu teria que fazer uma cesárea (E18).

Entretanto, alguns depoimentos externaram preocupação explícita com a via de nascimento. A **incerteza** constante que a patologia de base impõe e a **dúvida** quanto ao momento do trabalho de parto também apareceram implícitos em seis depoimentos. Citam-se alguns:

Eu pensei que eu não fosse conseguir ter normal, porque eu estava com muita dor da artrite (E5).

Então foi muito difícil, como eu falei, porque devido ao alto risco, a gente sempre pensava no pior e eu lutava para não pensar no pior (E11).

Eu pensei que ia ser cesárea. Porque até a médica falou que iam ter que fazer cesárea em mim, por causa da pressão. Mas aí a pressão começou a ficar mais baixa (E13).

Eu fiquei apreensiva sem saber no que pensar, se o parto ia ser fácil ou difícil (E15).

Não era esta com este desfecho [referindo-se à expectativa sobre o trabalho de parto]. Porque ele estava previsto só para o final de agosto. Eu tinha dúvida se ele esperaria até final de agosto [...]. Mas ele se apressou muito (E20).

Por outro lado, a “recompensa” de ter seu filho ao lado, depois do parto, foi outro elemento que emergiu de duas entrevistas. O primeiro contato da mãe com o recém-nascido foi percebido como um momento único em que associou o resultado do esforço durante o processo do trabalho de parto à plenitude de vida. Assim, todos os sentimentos negativos que as participantes sentiam foram substituídos pela recompensa da pluralidade de sensações de conhecer o bebê:

Foi uma situação negativa por causa da dor, mas que compensou quando eu o vi vindo, assim, para o meu peito e para meu colo, já compensou tudo, toda a dor do meu trabalho de parto (E15).

Diante do exposto, observou-se que o período parturitivo se mostrou como uma manifestação universal dos processos orgânicos, relacionado com a subjetividade de cada sujeito. Assim, mais que um processo fisiológico, trata-se de uma construção simbólica. A literatura evidencia que diferentes expectativas do trabalho de parto são percebidas pelas mulheres, muitas vezes esperando-se delas “bons comportamentos” diante do processo, tais como: não se desesperar, não gritar, obedecer às ordens e acatar os profissionais da equipe sob pena de serem submetidas a diversos tipos de violência caso “não se comportem como o esperado”. Neste sentido, salienta-se que uma escuta acolhedora frente às inseguranças e medos destas mulheres deveria ser realizada por parte de todos os profissionais de saúde que as assistem, a fim de igualar a dimensão subjetiva à objetiva, e respeitar a diferentes formas de expressão existentes no alto risco (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; PINHEIRO; BITTAR, 2013; TORNQUIST, 2003; TOSTES; SEIDL, 2016).

Desse modo, com base no pensamento antropológico de que a cultura influencia o comportamento humano, a análise dos dados desta categoria destacou a importância que as enfermeiras precisam dar aos aspectos subjetivos do cuidado, claramente oferecidos por meio das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE). O cuidado de enfermagem deve abarcar aspectos emocionais, culturais, as crenças, experiências e significados que as gestantes dão a cada sentimento vivido. Ao singularizar a assistência, deve-se considerar as experiências prévias e vivências familiares da vida de cada mulher. Portanto, a enfermeira, ao assumir uma postura de não imposição, respeita as lições que as gestantes trazem de sua cultura referente ao risco (PRATA, 2012; PROGIANTI; VARGENS, 2004; SANTOS, 2018; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

A Figura 4 a seguir aborda os sentimentos das mulheres frente à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado. Percebeu-se um número maior de sentimentos negativos acerca da gestação, diagnóstico e parto, haja vista as US identificadas. Estes achados vão ao encontro de aspectos já estudados em pesquisas, em que o momento é visto como de sofrimento, com constante risco de complicações, perigo de morte, gerador de insegurança quanto à capacidade feminina de parir e maior propensão a maus-tratos e vergonha. Os sentimentos encontrados refletiram as expectativas que as mulheres têm da gestação e parto

como um momento de mal-estar, gerador de ansiedade e medo à medida que se aproximava o momento do nascimento de seus filhos.

Figura 4 – Sentimentos das mulheres relacionados à vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado



Fonte: A autora, 2019.

4.2 Percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto à luz da Teoria de Kristen Swanson

A Teoria de Kristen Swanson se alicerça na capacidade de oferecer o cuidado de enfermagem apoiado no pressuposto de que ele é resultante de uma base científica com responsabilidade ética, moral e legal que inter-relaciona a enfermeira com a pessoa cuidada (cliente) (ALLIGOOD, 2017; ALLIGOOD; TOMEY, 2018; KALFOSS et al., 2015; SWANSON, 1993, 1999).

Na análise dos dados desta categoria, foi estabelecida uma interlocução entre a estrutura do cuidado proposta pela Teoria de Swanson e a aplicação deste cuidado, na assistência obstétrica em específico, às mulheres com gestação de alto risco. O conhecimento prévio sobre os sentimentos das mulheres relacionados a vivência da gestação e parto com risco obstétrico associado mostrou-se fundamental

para o entendimento de que a atenção a estas mulheres não deve se restringir apenas a ações clínicas e obstétricas, devendo também incluir outros aspectos e dimensões.

Neste sentido, constatou-se que a teoria contribuiu para a construção do processo de cuidado das gestantes, fortaleceu a prática profissional e favoreceu, por meio das TNICE, as potencialidades do cuidado de enfermagem como um todo, concebendo-se o trabalho de parto e o parto como processos fisiológicos e momentos vitais que contemplam os direitos sexuais, humanos e reprodutivos das mulheres, inclusive daquelas em gestação de risco.

Conforme descrito anteriormente, a teórica em tela propôs cinco processos da estrutura do cuidado em seu referencial conceitual: “manter a crença”, “cumplicidade”, “estar ao lado”, “fazer por/ possibilitar” e “bem-estar” (SWANSON, 1993). A partir da correlação das entrevistas com estes processos, foi possível refletir sobre o cuidado de enfermagem em todas as suas dimensões.

Ao “manter a crença” das mulheres na capacidade de vivenciarem o parto, as enfermeiras estabelecem uma relação sensível com as parturientes, compreendem a diversidade de reações que o período gestacional estabelece, favorecem o protagonismo feminino e ampliam as concepções do trabalho de parto fisiológico no âmbito do alto risco:

Todas as orientações que elas passaram para mim e tudo o que elas falaram para mim eu levei realmente em consideração. Sobre a respiração, sobre o grito, porque elas falavam assim: “A gente não tá incomodada e nem vai ficar incomodada se você gritar porque você está sentindo dor e isso é realmente uma coisa que você vai fazer, só que você vai se cansar mais”. Elas me orientaram muito em relação a isto. Em como concentrar na respiração, ficar tranquila para eu poder não me desgastar (E5).

No incentivo ali de dizer que estava nascendo, me dando forças e dizendo “Vamos, vamos, vamos!”. Nenhum minuto nenhuma falou alguma coisa ofensiva para mim, sempre com palavras de incentivo. Elas [enfermeiras] me perguntavam o nome dela e diziam: “A [nome da filha] está chegando”. Elas me incentivaram mesmo! (E10).

E tinha horas que eu falava que eu não ia conseguir, e ela segurava a minha mão e falava que eu ia conseguir sim (E11).

Incentivaram-me com palavras, dizendo que eu ia conseguir, me dando apoio (E12).

Elas me deram instruções e o tempo todo elas ficaram me orientando. Falaram que eu podia ficar no banho o tempo que eu precisasse, e sempre estimulando, pedindo para eu ficar de pé que era melhor e me orientando na melhor forma possível para eu ficar e para eu desenvolver melhor e mais

rápido o meu trabalho de parto. E para eu não sentir tanta dor também (E19).

Ao acreditarem na capacidade da gestante, as profissionais orientam sobre o trabalho de parto e parto, e a incentivam neste momento com palavras de ânimo e encorajamento, além de estimularem a esperança na competência feminina com atitudes de dignidade e respeito.

A orientação de cuidado das enfermeiras começa com a crença fundamental nas mulheres e na sua capacidade de superar os temores e os desafios emocionais e corporais do trabalho de parto e parto. Ao “manter a crença” como a base do cuidado, as enfermeiras abordam as gestantes com palavras de incentivo que fazem com que elas se sintam motivadas para enfrentar estes desafios e convictas do significado pessoal a ser encontrado, apesar da situação de morbidade que enfrentam nesse momento.

Desta forma, ao “manter a crença” na capacidade da parturiente, a enfermagem sustenta a esperança na competência feminina de enfrentamento do futuro, além de estimular a confiança das mulheres no êxito das ações do cuidado. Há também a contemplação de uma dimensão política, que favorece resultados mais exitosos e satisfação da mulher, como preconiza a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Além da dimensão política, o conceito de manter a crença requer a concepção da dimensão social, técnica e teórica para descrever, explicar, incentivar e entender realidades contextuais vividas. Com o primeiro passo da teoria, estas concepções caminham lado a lado e são sustentadas por evidências da pesquisa científica (NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2018).

A análise dos depoimentos apontou que as participantes do estudo concebem o “manter a crença” como um cuidado de enfermagem que fez com que elas se sentissem encorajadas a passar pelo período parturitivo como um momento de transição. As profissionais de enfermagem verbalizam palavras de otimismo, incentivo, encorajamento e tranquilidade, o que favorece que as mulheres vivenciem este período com mais motivação e confiança:

Porque quando começou o trabalho de parto eu já não estava aguentando mais as contrações [...] Aí a enfermeira vinha e falava assim: “Você vai conseguir sim, vai ser rapidinho e depois você não vai sentir mais nada”. E foi verdade o que ela falou (E1).

Cada contração elas me orientavam ao que fazer: “Só faz a força na hora que realmente vier a dor, respira nos intervalos”, e ela foi me orientando e rapidamente aconteceu o parto. A bolsa se rompeu e a neném nasceu (E4).

Tinha também uma enfermeira interna [residente] que estava acompanhando; e aí, depois ela voltou lá na sala para falar umas coisas comigo que me deixaram muito mais tranquila (E19).

Portanto, verifica-se que, no “manter a crença” segundo a teoria de Swanson, o cuidado se efetiva a partir de uma relação interpessoal entre enfermeira e cliente, expressando-se pela sabedoria, respeito e compreensão. Este cuidado contribui para o enfrentamento e mantém a crença das mulheres, o que permite a compreensão das enfermeiras acerca das necessidades humanas destas parturientes (ALLIGOOD; TOMEY, 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Em relação à assistência recebida, o cuidado oferecido por meio deste primeiro pressuposto teórico se consolidou como um importante fator de satisfação das mulheres. A análise dos dados revelou que as puérperas se sentem acolhidas e respeitadas durante o trabalho de parto. Também, o fato de terem sido atendidas em um hospital público parece suscitar um nível de exigência menor frente à qualidade do atendimento que seria ofertado, pois as mulheres manifestaram surpresa por receber um tratamento respeitoso e cuidado individualizado, acolhedor e atencioso por parte das enfermeiras, como expressa a seguinte fala:

Só que, realmente, o cuidado delas foi muito bom e elas me orientaram da melhor forma possível. Acredito que se metade dos hospitais públicos tivesse uma equipe assim tranquila e que soubesse orientar a pessoa, a pessoa teria um trabalho de parto bem mais tranquilo, pois é muito mais humanizado. E realmente é muito mais humanizado! (E5).

Portanto, segundo a Teoria de Swanson, o primeiro processo do cuidado de enfermagem no trabalho de parto suscita a confiança na capacidade da mulher de superar-se e de ressignificar um futuro com novo sentido. Também consolida uma estratégia de enfrentamento que a enfermagem utiliza para lidar com situações específicas do cuidado, como é o caso do risco obstétrico gestacional. Logo, o que se percebe é que o alicerce teórico reforça na profissão uma atitude filosófica do cuidado em que, por meio de mensagens verbais e não verbais, a enfermeira percebe o “ser” de forma individual e promove a integração entre o “fazer”, “saber” e “ser”, todos juntos, concebendo um cuidado em enfermagem individualizado e distinto (ALLIGOOD, 2017; ALLIGOOD; TOMEY, 2018; WALDOW, 2015).

A segunda dimensão do cuidado na Teoria de Swanson é a “cumplicidade”. Ela orienta não apenas a apoiar o outro em suas decisões, sem interferir em suas ideias ou crenças, mas também implica em aceitar os limites do outro, ouvindo o que ele tem a dizer mesmo que não se concorde, além de dividir espaços sem romper os limites, de modo a possibilitar a troca de experiências de vida (ALLIGOOD, 2017; KALFOSS et al., 2015).

Neste sentido, a análise das entrevistas revelou que, ao atuarem com “cumplicidade”, as enfermeiras promovem o cuidado compartilhado e utilizam o seu conhecimento para proporcionar uma compreensão informada do processo clínico por meio do compartilhamento de informações e da resposta às inquietações, aos questionamentos e aos anseios:

Tiraram minhas dúvidas (E2).

Tiraram minhas dúvidas e foram solícitas quando eu me queixava ou perguntava alguma coisa (E3).

Elas responderam as minhas dúvidas e conversaram comigo. Todas elas conversaram muito comigo e me orientaram a fazer da melhor forma (E5).

Elas tiravam as minhas dúvidas, falavam direitinho o que que elas iam fazer, explicavam direitinho (E13).

A Teoria de Cuidados coloca a “cumplicidade” como uma estratégia de conhecimento e aproximação da enfermeira para com a cliente e de classificação de prioridades. Por meio do seu conhecimento científico, a enfermeira compreende a parturiente e o seu contexto de vida, rede de apoio, crenças, possibilidades, atitudes, além de ter subsídios para estabelecer as prioridades e necessidades de seu acompanhamento, de forma a contemplar aspectos biológicos, emocionais e sociais, considerando o parto como um fenômeno em sua completude e não apenas um evento biológico (ESPINOZA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

A análise dos dados deste tema assinalou que as participantes percebem a “cumplicidade” das enfermeiras não apenas como um momento no qual estas profissionais se mostram solidárias para responderem os possíveis questionamentos, mas principalmente quando as enfermeiras compartilham informações do cuidado, oferecem alternativas e participam das vivências das mulheres durante o processo parturitivo:

Quando colocou a terceira dose do remédio para induzir, o meu tampão saiu, aí eu já fiquei meio na dúvida porque eu vi uns coagulozinhos. Aí eu pensei: “Puxa, será que isto é o tampão, ou será que tem alguma coisa errada?”. Eu fui e chamei a enfermeira, aí ela viu e falou; “Isto é o seu tampão, mas está tudo tranquilo”. Então, sempre tiraram todas as dúvidas que eu tinha e foram solícitas (E1).

Respondiam minhas dúvidas e tudo o que eu perguntei responderam-me. E me responderam direitinho. Inclusive até ontem, depois que eu ganhei, eu fiquei lá embaixo porque não tinha vaga aqui no alojamento conjunto. Aí quando abriu vaga aqui porque a moça teve alta, a enfermeira foi lá me chamar e eu falei pra ela que eu estava com dor no ponto e ela me deu dois comprimidos e ainda falou assim: “Quer ir na cadeira de rodas?” e eu aceitei. E ela me trouxe na cadeira de rodas e todas me trataram muito bem... todas! (E9).

Este recorte de fala denota que as enfermeiras se colocam como companheiras das participantes ao compreenderem as particularidades em que elas estavam inseridas. Quando as enfermeiras identificam as necessidades físicas e emocionais das gestantes de risco por meio do conhecimento, e esclarecerem os aspectos clínicos e obstétricos para as mulheres, o cuidado de enfermagem no trabalho de parto expressa o segundo elemento da teoria de Swanson, a saber: a “cumplicidade”.

Cabe ressaltar que a cumplicidade envolve aspectos éticos na relação de cuidado, pois, ao terem atitudes empáticas e de se colocarem disponíveis para responder os questionamentos das participantes, as enfermeiras demonstram que seus cuidados estão alicerçados pelos princípios e valores da profissão. Em relação à dimensão pessoal, o companheirismo foi promovido quando as enfermeiras mostraram-se sensíveis às situações enfrentadas pelas participantes (ESPINOZA et al., 2018; KALFOSS et al., 2015).

Outro achado que emergiu das entrevistas foi a estratégia utilizadas pelas profissionais para estabelecer a “cumplicidade” por meio da presença contínua do acompanhante como um fator determinante para a promoção em saúde e para a informação compartilhada do processo clínico da gestante:

Trataram ele [acompanhante] muito bem, foram solícitas também. Quando ele tinha alguma dúvida, elas [enfermeiras] também respondiam (E3).

Elas trataram bem ele, explicaram tudo da questão do risco, tiraram as dúvidas (E6).

[...] e a minha tia pedindo todas as informações e elas dando todas as informações (E7).

Quem me acompanhou foi meu companheiro, e trataram ele muito bem, deixaram ele participar do meu parto (E9).

As enfermeiras foram tranquilas com ele e trataram muito bem. Na hora do parto também chamaram ele para cortar o cordão, tirar foto, e ele adorou aqui (E12).

Explicaram as coisas para ele e orientaram para ele me apoiar. Deram instrução para ele e foi importante, fez toda a diferença (E14).

Ele participou, assistiu, e elas respeitaram ele e explicaram tudo também (E20).

A presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é um direito assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, no âmbito do SUS. Conforme a Política Nacional de Humanização, o acompanhante é uma pessoa que pertencente à rede social da paciente e a acompanha durante toda sua estadia no hospital. A permanência de uma pessoa no cenário da parturição junto à mulher, que a acompanha e oferece apoio, implica comprovadamente em resultados positivos tanto nos aspectos físicos quanto emocionais. Assim, quando as enfermeiras aceitam a presença do acompanhante de livre escolha e incentivam a sua participação ativa no período parturitivo, elas reconhecem a cidadania da mulher e incentivam a sua autonomia (BRASIL, 2001).

Outro aspecto do cuidado relacionado com a presença do acompanhante de livre escolha da mulher é a contraposição com o modelo hegemônico nas maternidades terciárias e o favorecimento da vivência positiva do trabalho de parto pelas parturientes de risco:

Então, ela [acompanhante] perguntou às enfermeiras o que ela poderia fazer para ajudar nesta situação e as enfermeiras falaram que ela poderia fazer como se fosse uma massagem nas costas cada vez que a contração viesse, ou então me auxiliar em alguma posição que eu tivesse dificuldade de fazer sozinha (E1).

Elas [enfermeiras] orientaram meu acompanhante também para ele me ajudar: “Ó, é assim que faz a massagem, você pode ajudar ela, você pode andar com ela. Aquela movimentação da pelve que faz, aquele bamboleio para o bebê poder se encaixar certinho. Quando vier a contração você pode ficar com ela e ajudar ela assim”. Foi tudo muito bem esclarecido e foi ótimo para mim (E18).

Portanto, constatou-se que a “cumplicidade” apontada por Swanson, além de propiciar benefícios físicos e emocionais nas participantes, também facilita o momento do parto, pois faz com que as parturientes se sintam mais seguras. Neste sentido, as evidências atestam que o suporte contínuo do acompanhante favorece a

percepção de segurança, o que se reflete em benefícios para a mulher, como a diminuição do uso de ocitocina e de fármacos para o alívio da dor; redução da taxa de cesariana e do tempo do trabalho de parto, possibilitando uma melhor satisfação da mãe com o cuidado oferecido no nascimento do filho (OLIVEIRA et al., 2018).

Assim sendo, a segunda dimensão da teoria revela que o cuidado de enfermagem à gestante de risco é centrado na individualidade feminina e não nas rotinas e procedimentos institucionais, como tem sido relatado nas pesquisas sobre a assistência obstétrica dominante. Nesta lógica, salientamos que por meio do conhecimento científico e a partir da utilização das TNICE, as enfermeiras objetivam o bem-estar físico, social e emocional das mulheres por elas cuidadas (ALLIGOOD; TOMEY, 2018; GOMES et al., 2014; VIANA, 2014).

A terceira dimensão da teoria de Swanson também se fez presente na análise dos conteúdos das falas das puérperas. Na organização do cuidado, “estar com” significa fazer-se existente com disponibilidade física e disposição para auxiliar nos processos de transformação e adaptação das gestantes. Inclui estar ali em pessoa, mostrando-se disponível para oferecer apoio (NOGUERA; VILLAMIZAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2018). Desse modo, as enfermeiras acolhem a mulher e sua família durante a assistência ao trabalho de parto e parto, demonstrando disponibilidade, acompanhamento contínuo, sensibilidade, empatia e atenção:

Lá dentro do centro obstétrico todas elas [enfermeiras] foram solícitas e prestativas. Elas sempre me trataram muito bem, sempre perguntaram se eu estava bem, se estava precisando de alguma coisa (E2).

Elas tiveram todo o cuidado. Ficaram comigo desde o momento em que eu cheguei. Ficaram me vigiando toda hora (E8).

E ela segurava a minha mão e dizia que eu poderia segurar a mão dela, que eu poderia apertar a mão dela, e que para qualquer coisa eu poderia chamá-la (E11).

Teve uma enfermeira que quando eu estava com medo e chorando, daí ela foi e conversou comigo, falou que era assim mesmo, que eu não podia ficar triste. Aí ela teve o maior carinho. E foi como se eu estivesse com minha mãe falando comigo (E15).

Porque teve uma enfermeira que ficou comigo o tempo todo e que fazia massagem em mim. Muito atenciosa! (E19).

A terceira dimensão da teoria de Swanson também revelou que as participantes perceberam que as enfermeiras se colocam presentes, disponíveis e acolhedoras com as necessidades emocionais e físicas das parturientes. Alguns

depoimentos mencionam que as profissionais de enfermagem se antecipam e se mostram atentas às necessidades físicas da cliente, promovendo companheirismo e colocando-se à disposição:

[...] tudo o que eu falava, elas [enfermeiras] prestavam bem atenção. Elas perguntavam se eu estava sentindo dor e outras coisas. Perguntavam até do parto e se mostravam muito preocupadas comigo (E6).

A primeira que foi lá no quarto conversou muito comigo e perguntou se eu estava precisando de alguma coisa. Aí eu falei para ela que queria prender o cabelo e ela foi e perguntou aonde o prendedor estava e prendeu meu cabelo. Me tratou muito bem mesmo. Muito! E depois ela falou: “Olha, eu vou ali para fora um instante, mas qualquer coisa você me chama”. E ela ainda esperou meu acompanhante voltar para a sala porque ele tinha ido fazer a minha internação porque eu subi direto. E só quando ele voltou que ela saiu (E9).

Segundo as puérperas, a relação que se estabelece entre enfermeira e parturiente é fundamental para o desenvolvimento do vínculo profissional-cliente, pois as enfermeiras demonstram envolvimento durante o cuidado à mulher. A escuta sensível, a capacidade de aceitação da diversidade e o acolhimento em face dos sentimentos de dúvida e medo, bem como dor física, são posturas profissionais indispensáveis para a manutenção deste vínculo e a relação de confiança e ajuda. Esta relação permite que ambas, profissional e cliente, estejam envolvidas para o alcance do mesmo objetivo, o bem-estar e satisfação feminina (ALLIGOOD, 2017; ESPINOZA et al., 2018).

Portanto, salienta-se que a relação de confiança entre a parturiente de risco e a enfermeira é fundamental para promover a aprendizagem e incrementar a tomada de decisões da cliente, conforme estabelece a dimensão teórica “estar com” (SWANSON, 1999). Sendo assim, as participantes relatam que se sentiram mais confiantes, seguras e preparadas para o enfrentamento do trabalho de parto ao serem estabelecidos vínculos de confiança com as enfermeiras. Além das enfermeiras terem se colocado à disposição das parturientes por meio da solidariedade, as puérperas também externaram a sua satisfação pelo cuidado oferecido:

Todo o atendimento foi muito, muito bom. Foi de primeiro mundo (E1).

Aí ela [acompanhante] foi e chamou a enfermeira. Ela veio, aí ficou ela e a minha acompanhante do meu lado segurando a minha mão ali e me ajudando (E4).

O cuidado aqui foi bem tranquilo e bom. A equipe estava muito tranquila e muito boa. Todas as enfermeiras que estavam lá presentes, todas foram muito boas comigo (E5).

Elas tiveram um cuidado bastante grande, foram bem atenciosas. Me ajudaram a respirar, embora eu não conseguisse levantar, pois eu estava com a sonda (E6).

A partir do momento que eu entrei na sala de parto, elas [enfermeiras] já começaram: “Mãe, está com frio? Quer uma coberta?” O tempo todo se preocupando se eu não estava com frio. [...] Sabe assim, uma atenção tipo 200% (E7).

[...] Desde então o cuidado da enfermeira foi maravilhoso. Ficou junto comigo, me dando suporte contínuo. E nesta crise que a gente está vivendo hoje, é muito difícil da gente chegar em um hospital e ser bem acolhida. E aqui o tratamento eu não tenho nem o que falar, porque foi muito bom (E12).

Eu cheguei a jogar uma água quente no corpo, que elas orientaram. Eu ainda disse que eu não tinha toalha e elas ainda chegaram a me arrumar um capote para me servir de toalha. Se mostraram muito disponíveis o tempo todo e eu fui muito bem assistida (E20).

De acordo com a teoria de Swanson, a quarta dimensão é o “fazer por” e “possibilitar”. O “fazer por” compreende a implementação de uma ação terapêutica com um plano de cuidados individualizado e que contemple as necessidades da mãe e do filho e as particularidades dela e de sua família. O “possibilitar” é fazer com que a cliente e a família vivenciem suas potencialidades, desejos e autonomia no processo de cuidado, que inclui a orientação para o oferecimento de técnicas e instrumentos que contemplem as necessidades individuais e os sentimentos vivenciados, bem como ações que visem facilitar o trabalho de parto e promover o conforto e o alívio da dor, com respeito à autonomia feminina (ALLIGOOD; TOMEY, 2018; OLIVEIRA et al., 2018), como expressam os seguintes depoimentos:

Elas [enfermeiras] me orientaram a caminhar e esta caminhada também foi muito importante porque eles [médicos] induziram meu parto. Aí elas falaram que seria bom eu começar a andar. Tinha bola, tinha o cavalinho e falaram que se eu quisesse podia tentar usar. Me ensinaram, inclusive. Falaram que eu poderia tomar banho. E então falaram que era para eu tentar caminhar que seria bom, que ajudaria, aí eu caminhei. E quando eu caminhei na companhia delas, eu praticamente já entrei em trabalho de parto (E3).

A enfermeira me orientou na respiração, falou para eu tomar um banho quente e descansar, ficar na melhor posição. [...] Todas elas me orientaram da melhor forma possível (E5).

Ensinaram-me a caminhar, falaram da respiração. Inclusive a respiração me ajudou. Elas me ensinaram a respirar certinho (E9).

Ela me instruiu muito e falou que ela queria poder fazer aquela dor parar, mas ela não podia porque aquela dor ia ajudar a ajudar o bebê a nascer. Então foi uma atenção muito importante que eu gostei muito (E11).

As enfermeiras foram muito bem atenciosas, gostei muito delas. Foi cada uma melhor do que a outra. [...] elas orientaram. Falaram que eu poderia tomar um banho, fazer massagem aqui nas minhas costas. Para o meu marido fazer, porque o meu marido ficou assistindo. Daí elas o incentivaram para ele me fazer massagem, para eu tomar banho morno porque aliviava muito. Foram todas um amor! (E13).

Estas falas evidenciam que as puérperas reconhecem diferentes formas de cuidado das enfermeiras, tais como: disponibilidade e entrega da profissional; acolhimento; liberdade de posicionamento da mulher; escuta qualificada; olhar diferenciado; estímulo à respiração consciente e à deambulação; respeito ao protagonismo da mulher; incentivo da participação do acompanhante; promoção do conforto e relaxamento; e estímulo do empoderamento feminino. Estes cuidados envolvem as tecnologias leves e que caracterizam as TNICE.

As tecnologias leves consistem em saberes relacionais utilizados no encontro entre o profissional e o usuário, para fins do acolhimento, do vínculo, da comunicação e do incentivo à autonomia. A utilização predominante dessas tecnologias é coerente com os princípios e valores do cuidado de enfermagem na obstetrícia, como a não invasão, a desmedicalização e o trabalho vivo (MERHY; FEUERWERKER, 2009; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Nesta perspectiva, as tecnologias leves se configuram pela dimensão subjetiva do cuidado e se efetivam por meio da relação humana, o que se traduz nos comportamentos, atitudes e posturas manifestados durante o encontro da enfermeira com a cliente. Neste cuidado, as habilidades relacionais são fundamentais para a construção compartilhada de um planejamento terapêutico com vistas à autonomia e ao empoderamento feminino (CARDOSO; SILVA, 2010; SALVADOR et al., 2012; SCHWONKE et al., 2011; TEIXEIRA, 2017).

Esse processo envolve diferentes formas de interação que favorecem a produção do vínculo, como a exteriorização de sentimentos e o reconhecimento das subjetividades e necessidades das parturientes, anteriormente descritos na teoria de cuidado de Swanson e revelados nesta pesquisa quando as enfermeiras utilizam as TNICE no trabalho de parto das mulheres com gestação de risco. Para que se estabeleça uma relação de confiança e ajuda, são necessárias habilidades inerentes ao “ser-saber-fazer” da enfermeira, como: considerar a influência do ambiente para o

conforto e bem-estar da cliente; compreender e respeitar os sentidos atribuídos às vivências particulares de cada uma; demonstrar linguagem corporal de solidariedade e envolvimento e valorizar as inquietações e os questionamentos (CARDOSO; SILVA, 2010; NERY; MATUMOTO, 2013; SALVADOR et al., 2012; SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2014; SCHWONKE et al., 2011; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Outras ações terapêuticas implementadas no trabalho de parto das mulheres com gestação de risco foram mencionadas com referência às tecnologias: o estímulo ao uso da bola obstétrica, do cavalinho de parto, ao banho com água morna, e o uso da aromaterapia. Estas foram propostas de cuidado apontadas como capazes de promover conforto, relaxamento e o bom andamento do trabalho de parto. Estas ações foram assim caracterizadas pelas participantes:

Então eu usei a bola e me ensinaram que não era bom quicar na bola porque poderia lesionar o canal de parto, me aconselharam a fazer movimento circular (E1).

Ela orientou a tomar banho, orientou a usar a bola, todos eu fui orientada por elas, e eu andei e caminhei. Tudo o que elas puderam me orientar tanto para facilitar e agilizar o parto quanto para diminuir a minha dor, elas me orientaram (E4).

Elas me incentivaram a caminhar, perguntaram se eu queria tomar banho quente porque ajudava. A ficar na bola também, se movimentar. Mas eu preferi ficar deitada. Mas elas me ensinaram e disponibilizaram várias coisas (E8).

Foi falado para eu poder caminhar no corredor porque isso ajudava; o banho de água quente também eu acho que foi essencial para mim e me ajudou muito (E10).

Elas falaram que eu poderia usar todos aqueles equipamentos, que eu poderia utilizar a bola. Elas me mostraram um painel com as posições que eu poderia estar fazendo e que era para eu fazer as posições em que eu me sentisse confortável, que eu poderia utilizar todas se eu quisesse. Se eu quisesse abaixar, se eu quisesse andar, se eu quisesse tomar um banho morno. Teve uma até que trouxe um óleo com um aroma para fazer massagem em mim (E11).

Foi uma enfermeira que me falou que eu podia fazer os exercícios, que inclusive era até melhor para ajudar a dilatar mais rápido. E ajudou porque realmente dilatou bem mais rápido. Eu cheguei a ficar no cavalinho. Aí depois eu fui para a bola, e eu fiquei na água quente do chuveiro porque aliviava também (E14).

Respeitando as singularidades de cada mulher, pode-se perceber que as enfermeiras também realizam ações terapêuticas através da implementação de tecnologias duras por meio dos equipamentos e instrumentos descritos. Esses são

recursos materiais expressos em bens duráveis que agem e intervêm sobre o ser humano em sua objetividade e subjetividade (ROCHA et al., 2008).

Em consonância, a utilização destes instrumentos e a implementação das ações terapêuticas podem ser correlacionadas com as tecnologias leve-duras, que são os recursos imateriais que envolvem uma esfera dura, representada pelos conhecimentos estruturados e saberes normatizados, e outra esfera leve, referente ao modo singular como esses são aplicados na produção dos cuidados. As tecnologias leve-duras também são relacionadas com as habilidades e os saberes advindos da prática profissional, resultantes dos conhecimentos elaborados por meio da experiência cotidiana e da pesquisa, a partir das necessidades percebidas no contexto real do exercício profissional de enfermagem (NIETSCHE et al., 2012; SA NETO; DEUSDARÁ, 2010).

Diante do exposto, verifica-se que as participantes percebem que o cuidado de enfermagem envolve posturas de afeto e atitudes relacionais (tecnologias leves); conhecimentos científicos aplicados e ações terapêuticas utilizadas no cuidado (tecnologias leve-duras) e uso de equipamentos, instrumentos, normas e rotinas hospitalares (tecnologias duras), correspondentes às quatro primeiras dimensões teóricas de Kristen Swanson e ao princípio da não invasão subjacente no modelo de produção do cuidado de enfermagem (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Na perspectiva da enfermagem, pode-se dizer que a “não invasão” é princípio constitutivo da tecnologia de cuidado que se efetiva no trabalho vivo como um ato produtivo, ou seja, por meio da interação entre enfermeira e cliente, levando-se em consideração as subjetividades e intersubjetividades. Esse modo de produzir o cuidado, mediado pela associação de tecnologias de diferentes dimensões, confere sentidos ao saber-fazer de enfermagem, pois prioriza uma lógica de produção do cuidado focada no trabalho vivo em detrimento do trabalho morto, que é hegemônico e centrado em procedimentos (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Sob essa ótica, as TNICE compreendem a combinação singular das tecnologias em saúde aplicadas aos processos assistenciais da enfermagem. Com o predomínio das tecnologias leves, a enfermagem efetiva o processo de cuidar não invasivo e respeitoso à fisiologia do corpo, da mente, e à privacidade do ser, a partir do estabelecimento do vínculo de confiança com vistas ao compartilhamento das decisões (NASCIMENTO et al., 2010; PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Como veremos nos depoimentos abaixo, no cuidado das gestantes de risco associado, as enfermeiras demonstram consciência de sua responsabilidade e proporcionam alívio, cuidado, conforto e satisfação a essas mulheres (PRATA et al., 2019). Assim, o embasamento na estrutura teórica de Kristen Swanson revelou-se profícuo e importante para a compreensão os cuidados de enfermagem desenvolvidos por meio das tecnologias não invasivas, a partir dos princípios teóricos e conceitos desta teoria:

No meu segundo dia de hospital eu falei que os médicos aqui são muito bons, mas os médicos eles vêm de manhã, te atendem, veem como que você está, te explicam o seu caso e vão embora. E aí se você passar mal de novo já é outro médico que vem te atender. Então assim, nada a reclamar dos médicos, mas se não fosse as enfermeiras, a gente não seria nada. Absolutamente nada! Se não fosse elas eu não saberia se tenho infecção, a médica não saberia se eu tive febre, se eu tive pressão alta. Não saberia nada. Porque quem sabe do meu histórico, e quem cuida de mim e sabe da minha vida são as enfermeiras (E7).

Porque aqui, além delas serem enfermeiras, elas também são amigas, dão conselhos, ajudam a gente, incentivam. Daí a gente percebe que a gente pode, que a gente é capaz! (E16).

Eu saí tipo agradecendo a todo mundo, porque eu fui muito bem cuidada mesmo. Eu tive apoio. Eu tive assistência. E, além disso, elas me ofereceram tudo para alívio da dor. Eu fiz cavalinho, eu fiquei no banho quente, me deram um óleo de massagem e fizeram massagem nas minhas costas. Sempre me esclarecendo tudo...uma maravilha! (E18).

De acordo com as percepções aqui reveladas, a Figura 5 a seguir correlaciona as diversas dimensões que permeiam o uso das TNICE no cuidado de enfermagem sob a ótica teórica de Swanson. A **dimensão objetiva** do cuidado favorece o trabalho de parto, minimiza as sensações dolorosas e reduz as necessidades de intervenções clínicas. A **dimensão subjetiva** do cuidado proporciona alívio, conforto, relaxamento além de propiciar a construção de vínculo afetivo entre profissional e cliente. A **dimensão teórica** descreve, incentiva e explica realidades contextuais vividas; abarca um arcabouço de conhecimentos e saberes. Na **dimensão pessoal**, a enfermeira demonstra sensibilidade, criatividade e intuição diante de situações enfrentadas, promovendo apoio e encorajamento à mulher. A **dimensão ética** é reconhecida por respeitar princípios e valores profissionais. Na **dimensão política**, as diretrizes públicas são respeitadas, conferindo melhora no cuidado à saúde e o conseqüente bem-estar. A **dimensão social** exercita a cidadania feminina, pois reconhece a mulher como cidadã dotada de direitos. E, por fim, a **dimensão filosófica** do cuidado contribui para que a profissional entenda o

“ser” de forma individual e promova a integração entre o “saber” e o “fazer” inseridos em uma vivência de mundo desmedicalizado e permeado por princípios de não invasão.

Figura 5 – Dimensões do cuidado não invasivo aplicado no trabalho de parto segundo a Teoria de Kristen Swanson



Fonte: A autora, 2019.

4.3 O bem-estar das mulheres com gravidez de risco como resultado da aplicação das tecnologias não invasivas de cuidado no trabalho de parto

As tecnologias não invasivas de cuidado refletem uma perspectiva teórica e conceitual que compreende o ser humano em sua unicidade, singularidade e individualidade no âmbito da interação enfermeira-cliente e da relação de ajuda que se estabelece para o bem-estar da pessoa. Nesta perspectiva, a subjetividade e a

intersubjetividade são indissociáveis da utilização de técnicas e tecnologias no cuidado e resultam da aplicação dos conhecimentos pela enfermagem no seu cuidar (NASCIMENTO et al., 2010). Neste sentido, a análise revelou as percepções das participantes sobre as ações do cuidado das enfermeiras como aquelas baseadas nas relações de ajuda e respeito.

Sendo o cuidado não invasivo de enfermagem às mulheres com gravidez de risco à luz da teoria de Kristen Swanson o alicerce desta pesquisa, o “bem-estar” emergiu como o principal sentimento resultante das ações de cuidado da enfermagem. O conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996 estabelece o estado de completo bem-estar da pessoa como significado-chave neste conceito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Na análise dos dados, o estado de bem-estar das mulheres está relacionado com a satisfação consequente das sensações de segurança, acolhimento, valorização, conforto, compreensão, companheirismo, respeito e esperança. A relação entre enfermeiras e parturientes envolveu a interação com reciprocidade, acolhimento e escuta sensível durante o cuidar, tendo a pessoa como o principal foco do cuidado de enfermagem (PRATA et al., 2019).

As puérperas participantes mencionaram que o estado de bem-estar decorre da sensação de “segurança” que sentiram com os cuidados das enfermeiras. Estas profissionais estabelecem vínculos com as parturientes e proporcionam maior atenção às suas necessidades durante o trabalho de parto, suscitando esta sensação positiva:

Me senti segura, pois sabia que estava bem rodeada (E3).

Eu fui muito bem tratada, muito mesmo. Me senti segura com os cuidados delas [enfermeiras]. E é muito louco porque eu sempre vivi em médicos por causa das minhas doenças. Então eu conheço uma boa quantidade de hospitais e eu sempre tinha algo para reclamar que era algum enfermeiro ou algum médico que tratava a gente com ignorância, que eu sentia até uma falta de respeito. E eu não tive isto aqui, não tive isto aqui, em nenhum momento eu não achei que ninguém foi ignorante comigo, que ninguém me tratou mal por eu ser nova e estar grávida, principalmente as enfermeiras (E11).

O atendimento me passou segurança. Só quando vinha o médico assim que eu ficava meio apavorada. Eu fiquei mais tranquila com a presença da enfermeira do que com a presença do médico (E13).

A gente pode até estar sofrendo, mas a boa vontade delas ao nosso lado nos passa segurança (E15).

Percebe-se que a postura atenciosa e acolhedora das enfermeiras permite construir o vínculo necessário para estabelecer confiança nos cuidados e, assim, a sensação de segurança. O vínculo enfermeira-cliente, baseado em confiança nos cuidados, faz com que as gestantes se sintam mais seguras ao vivenciarem o trabalho de parto e parto. Neste sentido, a sensação de segurança advém do conhecimento científico, do fornecimento de informações claras e de linguagem acessível, bem como do acolhimento:

Eu percebo que aqui todo mundo tem bastante conhecimento e paciência até para te explicar as coisas. As enfermeiras são super atenciosas e sabem te passar ali o cuidado que você tem que ter com clareza e de uma forma didática. Conseguem falar com a paciente de igual para igual e isso me trouxe muita segurança (E18).

Por definição, a segurança é a ação ou o efeito de afastamento de todo perigo. Trata-se da certeza, garantia e convicção de que nada se tem a temer. Todo ser humano manifesta a necessidade de sentir-se seguro, e a busca constante de satisfação é uma necessidade básica que nos leva ao sentimento de segurança (LOTTERMANN, 1982).

Ao comparar esta sensação com o cuidado oferecido pelas enfermeiras, ressalta-se a importância da identificação dos eventos, circunstâncias, sinais e sintomas que possam estar relacionados ao sentimento de insegurança das mulheres, especialmente no momento do parto e com morbidade ou risco associado. Para que isto ocorra, é necessário que a enfermeira utilize, para cuidar, o conhecimento científico, a sensibilidade, a observação e a comunicação. A observação do comportamento verbal e não verbal, a intuição e a empatia também são importantes para o cuidado (BABO; SILVA; GALDINO, 2019; MARQUES, 2018).

Outro atributo relacionado ao bem-estar, na percepção das participantes, é a sensação de “acolhimento”, que diz respeito à ação que busca uma mudança na relação do profissional de saúde com o cliente, na qual este profissional reconhece o cliente como sujeito participante e ativo no processo de produção de saúde (HEDLUND et al., 2015).

Ao oferecer acolhimento, a enfermeira se propõe a ouvir as solicitações da mulher e se coloca comprometida para oferecer respostas. Assim sendo, o acolhimento se mostra como uma atitude essencial para a humanização da assistência, pois implica em relações simétricas, postura atenta e interessada nos

sentimentos, preocupações, queixas e dúvidas das mulheres que esperam ser ouvidas e respeitadas:

Eu me senti acolhida. Eu me senti bem, eu me senti mais respaldada. Aquele medo que eu tinha, de certa maneira, eu fui superando com a ajuda e o acolhimento das enfermeiras. E isto foi essencial (E3).

Eu me senti muito acolhida. Foi um acolhimento muito grande. Eu senti que estas profissionais estavam realmente comigo, que elas não estavam somente para fazer o trabalho delas que era me ajudar a parir e tchau. Eu recebi mais do que isto. Recebi atenção e acolhimento. E gostei muito, muito mesmo! (E11).

Me senti muito bem. Me senti acolhida (E16).

Se não fosse pelos cuidados delas [enfermeiras], eu não sei o que seria da minha gravidez, porque sempre quando eu venho, elas me dão toda a atenção. E, mesmo depois do parto, elas foram sempre muito acolhedoras comigo. Então eu só tenho que agradecer (E17).

E logo assim que eu cheguei aqui já veio uma enfermeira me acolher, e me dando suporte e falando o que eu poderia fazer, o que eu poderia sentir daqui até as próximas horas, que eu poderia ficar no chuveiro, que eu poderia fazer várias coisas. Então elas foram assim... anjos! Foi o que eu falei quando terminou o meu parto. Que eu agradei a todo mundo e falei que elas tinham sido perfeitas. Porque foi lindo! Para mim foi um cuidado que ficou marcado na memória e que eu vou levar para sempre!!! (E18).

O acolhimento surge como consequência do interesse, atenção e disponibilidade das enfermeiras para compreender as expectativas das parturientes e esclarecer as dúvidas relacionadas ao trabalho de parto e parto. Neste contexto, além de haver a identificação das necessidades, houve o esclarecimento de dúvidas, o apoio e o oferecimento de técnicas.

A “valorização” percebida pelas mulheres é outra sensação associada ao bem-estar, pois decorre das relações de respeito e da preocupação das enfermeiras com as parturientes com gravidez de risco, fazendo com que essas parturientes se sentissem seguras, acolhidas e compreendidas. Quando as mulheres percebem que seus sentimentos são acolhidos, estes deixam, em certo grau, de lhes causar sofrimento, ansiedade e insegurança, e a mulher passa a se sentir valorizada, motivada e confiante na sua própria capacidade de participar ativamente da recuperação de sua saúde física e emocional (BABO; SILVA; GALDINO, 2019; SOUZA et al., 2016).

Abaixo, alguns fragmentos de falas das puérperas destacam a sensação de valorização durante o cuidado das enfermeiras:

Me valorizaram enquanto mulher e ser humano (E1).

[...] e em todo momento que eu estava reclamando de dor, elas me respeitaram e valorizaram minhas queixas (E3).

Fui valorizada porque elas realmente estavam ali por mim e pelo meu filho. E realmente eu me senti valorizada demais nisto! Me senti capaz também, porque teve uma hora que eu fiquei falando que eu não ia aguentar mais, daí elas falaram: “Você consegue!” E me impulsionaram para eu realmente conseguir (E5).

Me senti valorizada porque eu não vi diferença por eu ter uma doença. Foi um atendimento livre de preconceitos. Eu não senti isso em nenhum momento. Eu acho até que existe a questão do código, e isso às vezes também ajuda. Porque eu já percebi que o Protocolo 076 [Profilaxia da Transmissão Vertical do vírus HIV] é o meu. Então, eu já me liguei muito nisso. Era uma maneira que elas usavam para não expor abertamente o meu caso e a minha vida. E isso foi uma das coisas que eu mais gostei nelas também. Porque preservaram a minha identidade e me respeitaram como ser humano (E10).

Eu senti que eu estava com enfermeiras que amam o que fazem e estão ali dispostas a te ajudar, independente de qualquer coisa, de qualquer estereótipo e livre de preconceitos (E18).

Os depoimentos acima evidenciam um cuidado ético e alicerçado no respeito à diversidade, na tolerância ao diferente, na inclusão social e no respeito aos direitos da pessoa e à cidadania. Portanto, percebe-se que o cuidado das enfermeiras foi pautado no respeito à dignidade humana, à individualidade e à singularidade feminina, com valorização do protagonismo feminino, possibilitando uma relação harmoniosa com a cultura, valores e crenças das mulheres (POSSATI et al., 2017).

A sensação de “conforto” foi outra percepção associada ao estado de bem-estar e à satisfação. A sensação de conforto emergiu por meio de falas que manifestaram a satisfação decorrente dos sentimentos de alívio, segurança e tranquilidade:

Eu fiquei mais aliviada e achei que foi importante para mim, pois ajudou a ser mais rápido o meu trabalho de parto [...] Elas [enfermeiras] me confortaram e eu me senti segura (E8).

Depois que eu tive a bebê, parou a dor, parou tudo e foi muito bom. Depois do parto também as enfermeiras me auxiliaram, me levaram para o quarto e conversaram. Falaram que se eu precisasse de alguma coisa era para eu chamá-las. Me mostraram inclusive aonde elas ficavam (E9).

Eu não cheguei a usar a bola porque foi muito rápido. Mas eu me senti bem melhor. Porque eu acho que ajudou muito assim na dor. O exercício que a enfermeira fez comigo aliviava bastante a dor. Eu fiz um exercício numa cadeirinha que tinha lá no quarto [referindo-se ao cavalinho de parto]. E fiz outro deitada com as pernas para cima fazendo força. E aliviou bastante (E12).

Eu me senti confortável porque eu achei que eu ia acordar e que elas não iriam falar nada, mas elas foram super pacientes, me explicaram o que tinha acontecido. Aqui toda hora a enfermeira vem, se preocupa, pergunta se você está sentindo alguma coisa e a gente se sente confortável (E17).

O ato de confortar decorre do “compromisso entre o ser sensível e o ser cuidado, na tentativa de criar uma esfera confortável a partir da percepção do outro a fim de atender às especificidades e necessidades de cada indivíduo” (FRELLO; CARRARO, 2010, p.444). O conceito de conforto é transversal à história da enfermagem e envolve uma experiência subjetiva, que inclui aspectos físicos, sociais, psicológicos, ambientais e espirituais, simultaneamente. Trata-se de um estado de equilíbrio pessoal considerado essencial para o ser humano e exigido durante o trabalho de parto (MARQUES, 2018; OLIVEIRA et al., 2017).

Os depoimentos acima demonstram que não é possível dissociar as sensações físicas das emoções na vivência do trabalho de parto. Sabe-se que a dor do trabalho de parto é influenciada de forma positiva ou negativa pelo componente emocional, uma vez que a liberação de endorfinas pode ser inibida ou estimulada de acordo com sentimentos de medo ou confiança, por exemplo. Contudo, é importante ressaltar que o conforto não significa apenas ausência de dor, embora a percepção dolorosa possa ser atenuada a fim de diminuir o desconforto no trabalho de parto (FRELLO; CARRARO, 2010; MARQUES, 2018; OLIVEIRA et al., 2017; PEDRO; OLIVEIRA, 2016).

Portanto, apesar de terem sido usadas tecnologias duras para o alívio do desconforto, notou-se que as tecnologias leves de cuidado também foram empregadas por meio das TNICE. A satisfação dos desejos e necessidades das parturientes e o apoio contínuo das profissionais contribuíram para a sensação de conforto por meio de uma abordagem de cuidado centrada na mulher.

Similarmente, a “compreensão” dispensada pela enfermeira favorece o bem-estar das parturientes com gravidez de risco. As dificuldades provocadas pela internação, como o afastamento familiar, as dúvidas acerca do tratamento, a incerteza quanto à melhora e o sentimento de insegurança, foram amenizadas por meio da comunicação efetiva, o que propiciou a sensação de sentir-se compreendida, conforme destacado abaixo:

Eu me senti bem compreendida. E vai ser até meio idiota isto que eu vou falar, mas eu me senti muito compreendida pela enfermeira na hora do

parto porque eu estava morrendo de dor e eu estava segurando o braço dela com muita força e ela deixou. Foi super compreensiva, sabe? (E3).

Porque chegamos aqui desnorteadas. Às vezes, até falando alto com grosseria. Mas eu quero agradecer ao bom atendimento e por tudo. Por elas serem compreensivas também. Porque é difícil aturar alguém sentindo dor e tendo que demonstrar paz (E16).

Às vezes tem coisas que eu não entendo, até porque na minha primeira gravidez não teve tanto risco assim como eu tive nesta. Daí eu sempre que pergunto as coisas para elas, elas me respondem, e me entendem e isto é importante (E17).

O fator “compreensão” foi mencionado pelas puérperas, pois se sentiram compreendidas pelas enfermeiras que lhes prestaram cuidados durante o trabalho de parto. A compreensão do processo torna o ambiente mais amigável e transmite segurança a partir das informações fornecidas e da presença da especialista (OLIVEIRA et al., 2017).

A sensação de “companheirismo” manifestou-se nos depoimentos em forma de atitudes e posturas da enfermeira em colocar-se próxima à parturiente de risco, favorecendo o estabelecimento do vínculo enfermeira-cliente, o suporte contínuo e o esclarecimento de dúvidas, o que contribuiu para que as mulheres adquirissem confiança nos cuidados.

A interação enfermeira-cliente foi um dos fatores mais relacionados com a ação terapêutica nas falas das participantes. Esta interação ocorreu por meio do diálogo, da conversa e da escuta sensível. Os relatos apontaram que, a partir deste processo de companheirismo, as enfermeiras permaneceram demonstrando apoio e disponibilidade às parturientes:

Então, ontem eu tive muita atenção da enfermeira. A enfermeira e duas técnicas que foram mais presentes, mas a enfermeira ali, na hora do parto, ela foi precisa. O incentivo que ela teve comigo, a mão amiga, e apesar de ela ser pequena, ela me deu a mão para eu segurar. E olha o meu tamanho! Ela é uma mulher de estatura bem menor do que eu, e estava ali me ajudando, ficou ali do meu lado o tempo todo (E4).

Elas falaram: “A gente quer te ajudar, estamos aqui para te ajudar”. E entre mostrar isto e falar isto, são duas coisas completamente diferentes. E elas conseguiram fazer. Elas falaram e mostraram que estavam ali por mim e pelo meu filho (E5).

Elas me explicaram várias coisas. E é aquilo que eu estava falando, o fato de você estar vivenciando algo ruim, mas com pessoas ao seu lado te falando várias coisas boas, te incentivando, fica mais fácil passar pelo processo. E as enfermeiras fizeram isto e ainda sempre deixaram aberto se caso eu tivesse alguma dúvida, daí elas me explicavam direitinho (E15).

A atenção da equipe de enfermagem às participantes do estudo revelou-se como um aspecto fundamental para o cuidado humanizado e relacional. Assim sendo, as vivências do cuidado no trabalho de parto expressaram atitudes de “respeito” das enfermeiras para com os desejos, limites, anseios e expectativas de cada mulher. Chamá-las pelo nome, explicar o que estava acontecendo em cada fase do período parturitivo e respeitar a fisiologia do corpo feminino foram atitudes valorizadas pelas mulheres:

Eu me senti respeitada. Eu até perguntei à enfermeira: “Você não vai chamar o médico para romper esta bolsa [amniótica]?” Mas ela disse: “Não, fica calma que isto daí é um processo que vai acontecer naturalmente” (E4).

Eu me senti valorizada, eu me senti respeitada como mulher, me senti muito, muito, muito! (E7).

[...] e elas falavam com toda a paciência do mudo: “Respira! Você precisa respirar e ficar na melhor posição”. Então elas me traziam de volta. E então eu me sentia muito mais calma mesmo com toda aquela dor e com todo aquele desespero de achar que eu não ia conseguir. Então eu acho que a palavra certa é esta: elas me respeitaram muito! E eu só tenho que agradecer e espero que continuem assim, que permaneçam desta forma, porque é uma sensação muito boa. E a gente precisa disso! Não só a mulher, mas a mulher, mãe, e a família precisa desse cuidado e desse respeito. O paciente precisa disto e isto é maravilhoso! (E11).

A enfermeira sempre pedia permissão para fazer tudo e me falava o que ela iria fazer antes. O bom daqui é isto, este cuidado que elas têm. Todas as vezes que vão dar um medicamento, elas explicam e daí você não fica sem uma orientação sobre o que você está tomando (E19).

O cuidado das enfermeiras também se baseia no “respeito” à pessoa, nos direitos femininos, e em condutas baseadas em evidências científicas. Por meio das TNICE, as enfermeiras promovem a autonomia da parturiente e a diminuição do medo, do estresse e das incertezas durante o trabalho de parto. Assim, a atitude não invasiva no cuidado se contrapõe ao modelo assistencial tradicional e permite que as mulheres sejam mais ativas no processo parturitivo (PRATA et al., 2019).

A última sensação associada ao estado de bem-estar das participantes foi a de “esperança”, que resulta do fortalecimento da capacidade pessoal de enfrentar as adversidades impostas pela gravidez de risco (BABO; SILVA; GALDINO, 2019; MARQUES, 2018). A crença e a esperança no restabelecimento da saúde são importantes para enfrentar situações ou morbidades que podem ser ameaçadoras à vida das gestantes de risco e de seus filhos.

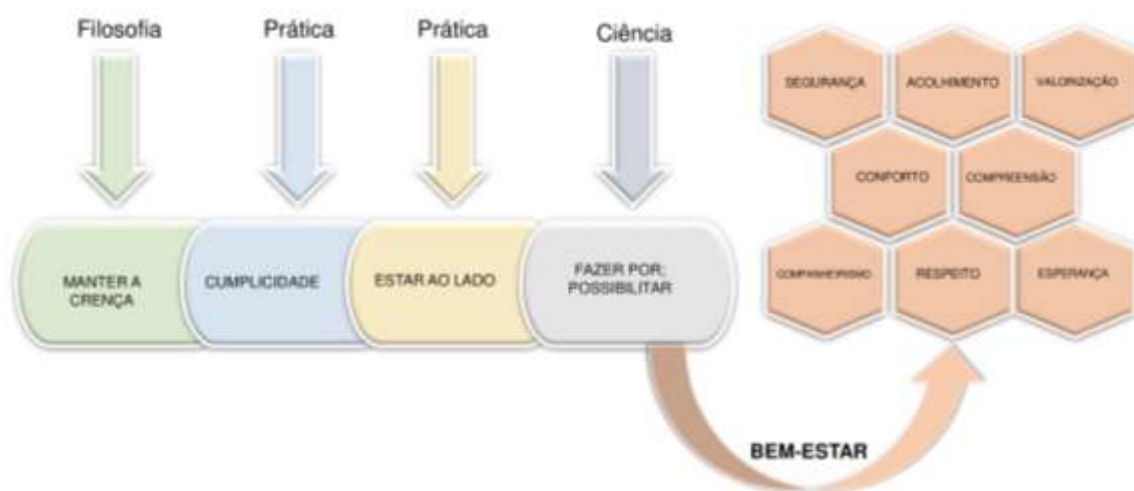
Neste sentido, as puérperas relataram que a necessidade de antecipação do parto, devido à morbidade materna, gerou sentimentos negativos, como o de culpa

por não se sentirem capazes de gerar de forma saudável um filho perfeito e a termo. Expressaram também o medo de perder o filho nascido pré-termo. Em contrapartida, revelou-se a “esperança” como uma crença na possibilidade de resultados positivos. A sensação de esperança requer muita perseverança e ambas se assemelham aos significados atribuídos à fé (MARQUES, 2018; SOUZA et al., 2016). Esta sensação, atribuída ao cuidado não invasivo das enfermeiras, é explicitada na voz de uma participante:

Eu me pegava às vezes chorando. Hoje mesmo eu me peguei chorando ali na frente, desesperada, e aí vieram algumas enfermeiras conversar comigo e falaram: “Mãe, eu sei, eu não consigo sentir o que você está sentindo porque eu não tenho uma filha na neonatal, mas dói tanto na gente que viu a sua história, que conhece a sua história de sete gestações, e é tão difícil para a gente ver você assim”. E eu sei que não é o trabalho dela fazer aquilo [...] Mas o tempo todo elas vinham e falavam que era pra eu ter fé, ter coragem e não desanimar não. Então para mim foi maravilhoso! (E7).

O conjunto de sensações reveladas por esta pesquisa pode ser interpretado como atributos que constituem os efeitos ou resultados da utilização das TNICE para o bem-estar das mulheres com gravidez de risco que vivenciam o momento do parto, conforme mostra a Figura 6.

Figura 6 – Percepções das mulheres com gravidez de risco acerca das TNICE aplicadas no cuidado de enfermagem ao trabalho de parto segundo a Teoria de Kristen Swanson



O Quadro 2 abaixo sintetiza a correlação entre as dimensões do cuidado, a utilização das TNICE e o processo de enfermagem, na perspectiva da Teoria de Cuidados de Kristen Swanson, validando as palavras descritas.

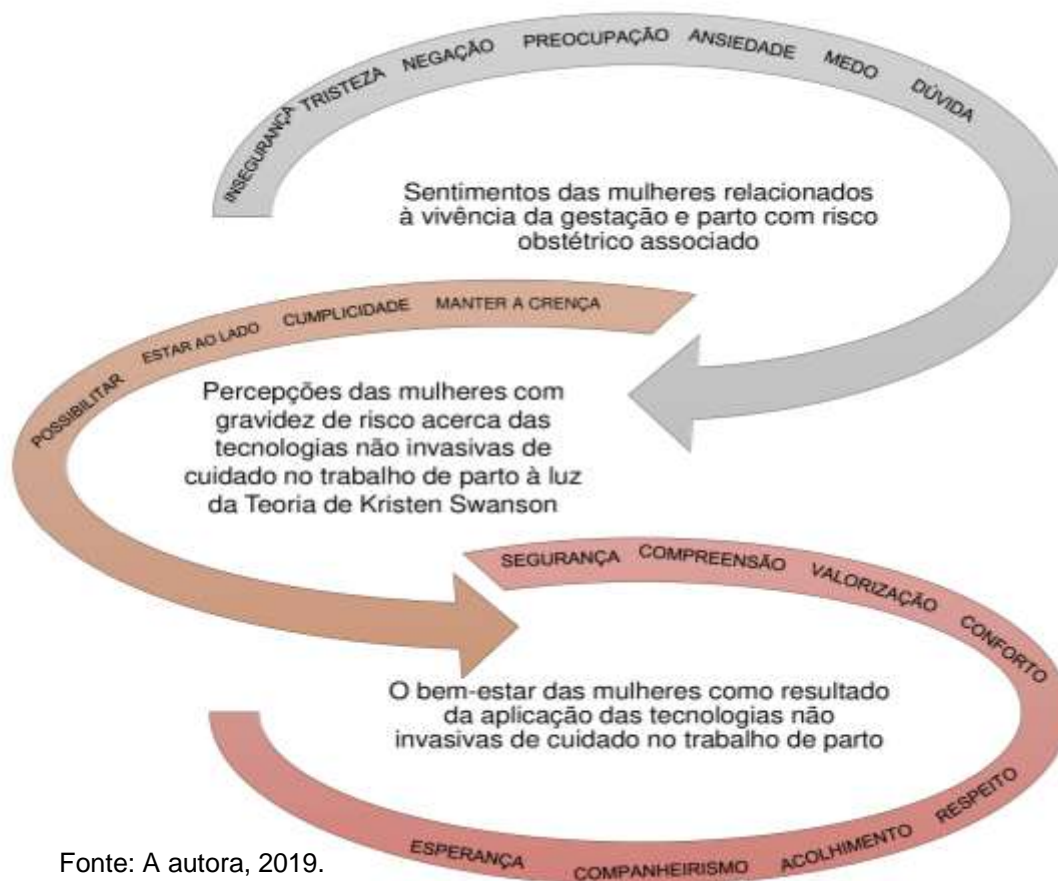
Quadro 2 – Dimensões do cuidado de enfermagem com aplicação dos princípios de não invasão no trabalho de parto das mulheres com gravidez de risco, segundo a Teoria de Kristen Swanson

DIMENSÕES EM TESE	IMPLICAÇÕES	PRINCÍPIOS DE NÃO INVASÃO	APLICAÇÃO DAS TNICE À LUZ DA TEORIA DE CUIDADOS
Manter a crença	Atitudes da enfermeira com a mulher	Esperança na capacidade feminina e atitude de respeito à dignidade	Enfermeiras creem na capacidade feminina; incentivam o trabalho de parto com palavras de incentivo e encorajamento; estimulam a confiança no êxito da ação do cuidado
Cumplicidade	Compreensão informada do processo clínico	Compartilhamento do cuidado e de informações a partir da troca do conhecimento científico e do respeito à autonomia	Enfermeiras orientam sobre o processo clínico; promovem o companheirismo; respondem as dúvidas, inquietações e anseios das mulheres; oferecem alternativas de cuidado e respeitam os sentimentos
Estar ao lado	Mensagem transmitida à mulher	Apoio e encorajamento; Atitudes de colaboração	Enfermeiras se colocam presentes no cuidado e à disposição para auxiliar as mulheres de forma acolhedora e colaborativa
Fazer por; Possibilitar	Ação terapêutica implementada	Cuidado e tecnologias de cuidado aplicadas em resposta às necessidades para promover o bem-estar	Enfermeiras realizam ações técnicas; promovem o cuidado e conforto, e facilitam o trabalho de parto
Bem-estar	Resultado esperado	Conforto, segurança e satisfação física, mental e espiritual	Cuidado exitoso e satisfatório para a mulher converte-se em sensações de compreensão, valorização, segurança, conforto, acolhimento, esperança e respeito

Fonte: A autora, 2019.

A partir da análise desta categoria, é possível afirmar que as dimensões subjetivas do cuidado de enfermagem prevalecem sobre as dimensões objetivas. Tal achado pôde ser evidenciado considerando as atitudes de sensibilidade, palavras de incentivo, informações oferecidas, compartilhamento de decisões, esperança no parir, atitude empática, sensibilidade, intuição, atitudes de proximidade, crença na capacidade feminina e na resposta às dúvidas, inquietações e anseios que as enfermeiras ofereceram no cuidado às mulheres com gravidez de risco. Cabe ressaltar que estas são possibilidades de cuidado que se aproximam das concepções e princípios que balisam as TNICE. Desta maneira, com base nos resultados encontrados nesta dissertação, pode-se afirmar que o cuidado de enfermagem à luz da Teoria de Kristen Swanson apresenta características não invasivas. Estes principais achados das categorias analíticas estão sintetizados na *Figura 7*.

Figura 7 – Síntese das categorias analíticas acerca do objeto de pesquisa à luz da Teoria de Cuidados de Kristen Swanson



Fonte: A autora, 2019.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou os objetivos propostos em identificar os sentimentos das mulheres acerca da gravidez de risco; analisar as percepções destas mulheres sobre o uso das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE) utilizadas no trabalho de parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson; e discutir as influências das tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto.

A sustentação teórica de Swanson foi basilar na compreensão de que o cuidado de enfermagem busca promover os processos fisiológicos da parturição e a não invasão do corpo das mulheres com morbidade prévia e risco obstétrico associado no período do trabalho de parto.

Ao identificar os sentimentos das mulheres acerca da gravidez de risco, constatou-se que a gestação é uma experiência muito significativa para a maior parte delas, especialmente para aquelas com gravidez de alto risco. Estas mulheres se depararam com sentimentos de medo e preocupação, que aumentam mais a sensibilidade emocional causada pela gravidez de um modo geral. O diagnóstico de gravidez de alto risco causou momentos de tensão pelas possíveis alterações que poderiam ocorrer, pois há a percepção de maior vulnerabilidade diante da possibilidade de agravamento e de complicações que ameaçam a vida da mãe e de seu filho.

Quanto à expectativa do trabalho e parto e parto, as falas das mulheres entrevistadas demonstram que foi um momento esperado para elas, mas o parto foi um momento temido devido à incerteza de como seria o desfecho para ela e o bebê. Desse modo, os sentimentos vivenciados pelas mulheres durante a gestação e o parto foram predominantemente negativos, como a insegurança, ansiedade, medo, receio, dúvida, apreensão, preocupação ou negação. Estes sentimentos refletem as expectativas que as mulheres têm da gestação e parto como um momento de mal-estar, gerador de ansiedade e medo à medida que se aproximava o momento do nascimento de seus filhos. Esse resultado destaca a importância de as enfermeiras estarem atentas para os aspectos subjetivos do cuidado oferecido por meio das TNICE. Assim, o cuidado de enfermagem deve abarcar os aspectos emocionais, culturais, as crenças, experiências e significados que as gestantes dão a cada

sentimento vivido. Ao singularizar a pessoa no processo de cuidado, a enfermagem deve considerar as experiências prévias e vivências familiares da vida de cada parturiente.

O estudo identificou que as puérperas de risco entrevistadas reconheceram as diferentes manifestações de cuidado das enfermeiras, tais como: disponibilidade e entrega da profissional; acolhimento; liberdade de escolha da mulher; escuta qualificada; olhar diferenciado; toque; promoção de um ambiente acolhedor; estímulo à respiração consciente e à deambulação; respeito ao protagonismo da mulher; incentivo da participação do acompanhante; promoção do conforto e relaxamento; estímulo ao empoderamento feminino, ao uso da bola obstétrica e do cavalinho de parto; incentivo ao banho com água morna; e o uso da aromaterapia. Estes cuidados possibilitaram que a mulher vivenciasse, juntamente com a família, suas potencialidades, desejos e escolhas no processo de cuidado por meio das TNICE, o que favoreceu o trabalho de parto e parto, assim como promoveu o conforto e o respeito à autonomia feminina.

Portanto, ao estabelecer uma interlocução entre a estrutura do cuidado proposta pela Teoria de Swanson e a aplicação deste cuidado na assistência obstétrica, em específico às mulheres com gestação de alto risco, o segundo objetivo desta pesquisa constatou que a teoria contribuiu para a construção do processo de cuidado das gestantes, fortaleceu a prática profissional e favoreceu, por meio das TNICE, as potencialidades do cuidado de enfermagem como um todo, concebendo o trabalho de parto e o parto como processos fisiológicos e momentos vitais que contemplam os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, inclusive daquelas com gestação de risco.

As puérperas participantes perceberam as ações do cuidado das enfermeiras como aquelas baseadas nas relações de ajuda e respeito por meio do estabelecimento do vínculo enfermeira-parturiente e da postura atenta destas profissionais para as necessidades destas mulheres no trabalho de parto. Estas atitudes e posturas das enfermeiras fizeram emergir o sentimento positivo de bem-estar nas participantes por ocasião do trabalho de parto, através das sensações de compreensão, valorização, esperança, companheirismo, tranquilidade, conforto, acolhimento e respeito.

Para as participantes, o cuidado das enfermeiras foi pautado no respeito à dignidade humana, à individualidade e à singularidade feminina, o que denota que o

cuidado oferecido buscou respeitar também a cultura, valores e crenças individuais. Por conseguinte, as emoções positivas que as puérperas externaram em relação ao cuidado são contribuições ou resultados da utilização das TNICE para o bem-estar das mulheres com gravidez de risco.

Deste modo, as enfermeiras possibilitaram às parturientes de risco cuidados integrais, desmedicalizados e não invasivos, que se revelaram essenciais e indispensáveis para estas mulheres em particular, em face dos sentimentos de medo e preocupação que elas relataram frente à gravidez e ao parto. Assim, ainda que a enfermeira não tenha conduzido a assistência ao parto das gestantes de risco, os cuidados proporcionados resultaram no bem-estar destas mulheres e promoveram percepções de satisfação, segurança, conforto e confiança. Isto posto, ressalta-se que estas possibilidades do cuidado se aproximam das concepções e princípios que balisam as TNICE.

Como fator limitante encontrado neste estudo, destaca-se o fato de tratar-se de uma pesquisa local, realizada com poucas gestantes de risco e em uma única maternidade terciária, o que aponta para a necessidade de novas investigações nesses cenários assistenciais. No entanto, seus achados são válidos, pois refletem resultados semelhantes aos já encontrados em pesquisas de maior abrangência em unidades de atendimento ao baixo risco obstétrico, locais em que a utilização das TNICE e o processo de cuidar vêm contribuindo para a efetivação das políticas públicas de saúde da mulher e conferindo autonomia à enfermagem no contexto da humanização do parto e nascimento.

Considerando a quase inexistência de pesquisas que correlacionem o uso das TNICE em maternidades que atendem grávidas de alto risco, o presente estudo representa uma importante contribuição para a produção do conhecimento e fortalecimento da atuação da enfermagem no campo do alto risco obstétrico, pois a Teoria de Cuidados de Kristen Swanson possibilitou o aprofundamento da compreensão do bem-estar proporcionado pelos cuidados de enfermagem e das percepções positivas que eles causam nas mulheres no trabalho de parto, resultando na valorização e fortalecimento da humanização da assistência de enfermagem.

Além disso, no campo científico, ao aproximar a teoria de enfermagem às TNICE, a pesquisa oferece subsídios teóricos e práticos que consubstanciam o conhecimento produzido pela categoria. Desse modo, com base nos resultados aqui

encontrados, ficou evidenciado que, à luz da Teoria de Kristen Swanson, o cuidado de enfermagem apresenta características não invasivas.

Diante do exposto, recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas para o aprofundamento desta temática, pois as percepções das mulheres com gravidez de risco demonstraram que o cuidado por meio das TNICE pode contribuir na superação dos desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta para oferecer uma assistência obstétrica qualificada, satisfatória e segura, bem como subsidiar iniciativas no âmbito do ensino, assistência e pesquisa de enfermagem sobre o cuidado de todas as gestantes, independente do tipo de risco ou morbidade que apresentam.

REFERÊNCIAS

- ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 9. ed. [s. l.]: Elsevier Health Sciences, 2017.
- ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. **Modelos y teorías en enfermería**. [s. l.]: Elsevier Health Sciences, 2018.
- AMORIM, T. V. et al. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 46, n. 2, p. 500-543, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.
- ANDERSHED, B.; OLSSON, K. Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 598-610, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552794>. Acesso em: 11 out. 2018.
- ANDRADE, B. B. et al. Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR (Online)**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 77-82, 2008. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2232>. Acesso em: 22 out. 2018.
- ASCENSÃO, A. R. V. G. **Contribuição do enfermeiro especialistas de saúde materna e obstetrícia e ginecológica, para o bem-estar materno fetal**. 2016. 105 f. Relatório de Estágio (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%20mestrado_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%C3%A3o.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.
- ÁVILA, V. C. M. **Emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem nos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade filantrópica do Médio-Paraíba/RJ**. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-3931>. Acesso em: 12 set. 2018.
- BABO, A. L. L.; SILVA, A. G.; GALDINO, C. V. Aspectos emocionais da mulher frente às necessidades encontradas durante o período da internação na obstetrícia. **Saber Digital Revista Eletrônica do CESVA**, Valença, v. 12, n. 1, p. 14-28, 2019. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/722>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2013.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Factors interfering in the experience of women in childbirth process and in childbirth. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (Online)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016. Acesso em: 18 nov. 2018.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Portal Regional da BVS**: Informação e Conhecimento Para a Saúde. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bvsalud.org/>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BOURDIEU, P. The economics of linguistic exchanges. **Information (International Social Science Council)**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 645-668, dez. 1977. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/053901847701600601>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BOURDIEUR, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 ago.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 3 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno n. 5). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 4 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual do parto, aborto e puerpério**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher/>. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico Gestação de alto risco**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

CARDOSO, G. B.; SILVA, A. L. A. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-5, jul./set. 2010.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Reviews**, Waltham, v. 18, p.209-32, Aug. 1992. Disponível em:

<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>. Acesso em: 15 ago. 2019.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013.

COPELLI, S. *et al.* Compreendendo a governança da prática de enfermagem em um centro obstétrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2015.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, p. 363-380, 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 4 set. 2018.

CURI, P. L.; BAPTISTA, J. G. B. B. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 123-136, 2018.

DAVIS, E.; PASCALI-BONARO, D. **Orgasmic birth: your guide to a safe, satisfying, and pleasurable birth experience**. [s. l.]: Rodale, 2010.

DESLAURIERS, J. P. **Recherche qualitative: guide pratique**. Montréal: Mc Graw-Hill, 1991.

ESPINOZA, J. B. R. *et al.* Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400316. Acesso em: 4 set. 2018.

FERRAZZA, D. A.; PERES, W. S. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 17-25, 2016.

FERREIRA, V. S. C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FLOYD, R. D. **Birth as an American rite of passage**. California: University of California Press, 2003. 382 p.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1995.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, p. 441-445, 2010.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, p. 21-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112>. Acesso em: 30 set. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, A. R. M. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Recien: Revista Científica de ENFERMAGEM**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 23-27, 2014.

GOMES, L. F. S. **Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de alto risco**: construção e validação de uma tecnologia para o cuidado. 2016. 200 p. Teste (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/22135>. Acesso em: 4 set. 2018.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 168 p.

GONÇALVES, E. P. **Conversando sobre iniciação à pesquisa científica**. 5. ed. Campinas: Alínea, 2012.

GUIMARÃES, D. S.; COSTA, Y. F. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 432-438, jul./set. 2013.

HEDLUND, A. C. B. *et al.* Percepção de profissionais sobre acolhimento com classificação de risco no centro obstétrico. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 149-160, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15059>. Acesso em: 4 set. 2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KALFOSS, M.; OWE, J. Empirical verification of Swanson's caring processes found in nursing actions: systematic review. **Open Journal of Nursing**, Oslo, v. 5, n. 11, p. 976, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/763d/53cf651bd9f816dc6fc56d86f5d54ff800a4.pdf> Acesso em: 6 set. 2018.

KOERICH, M. S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, esp., p. 178-85, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LEITE, M. G. *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>. Acesso em: 4 out. 2018.

LIMA, K. M. S. G. *et al.* Assistência de enfermagem no pré-natal de alto risco. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 3183-3197, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/2173>. Acesso em: 5 out. 2018.

LOTTERMANN, C. Enfermagem e segurança emocional. **RGE Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 127, 1982.

MACEDO, P. O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica, fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 341-347, jun. 2008.

MARQUES, M. A. P. **Experiência de conforto das parturientes: intervenções do enfermeiro obstetra**. 2018. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27955>. Acesso em: 15 set. 2018.

MARRINER TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. **Modelos y teorías en enfermería**. España: Editorial Elsevier, 2011.

MEDEIROS, A. L. *et al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **RGE: Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472016000300409&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 set. 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-74.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qualitativa**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 7-19, 2001.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Social**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 117-137, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/103355>. Acesso em: 15 set. 2018.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 651-657, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

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

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-9, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591>. Acesso em: 18 out. 2018.

NOGUERA, N. Y.; VILLAMIZAR, A. P. Un milagro de vida: de la teoría a la práctica de la enfermería. **Revista Colombiana de Enfermería**, [s. l.], v. 9, n. 9, p. 124-132, 2014. Disponível em: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/572>. Acesso em: 17 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 36-45, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14488/1/2014_art_asoliveira.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

OLIVEIRA, L. L. F. *et al.* As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 14203-14203, 2017.

OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C. A Utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=796548&indexSearch=ID>. Acesso em: 18 jun. 2018.

OLIVEIRA, T. C. *et al.* A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 2, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1138>. Acesso em: 18 jun. 2018.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F.; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Maternidade segura: guia prático: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: SW, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **exto integral do relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal: Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Política Social. Versão restrita**. Brasília, 2013.

PEDRO, L.; OLIVEIRA, S. C. A Dor no Trabalho de Parto. *In*: NÉNÉ, M.; MARQUES, R.; BATISTA, M. A. (Coords). **Enfermagem de saúde materna e obstétrica**. Lisboa: Lidel, 2016. p 411–412.

PIESZAK, G. M. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 881-889, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324043261017.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, 2013.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017.

PRATA, J. A. **A constituição do habitus profissional no curso de residência em Enfermagem Obstétricas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2016. 156 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

PRATA, J. A. **A influência do habitus da enfermeira nas representações das mulheres acerca do parto**: o surgimento de uma nova demanda social para o campo obstétrico. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PRATA, J. A. *et al.* Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da obstetrícia e da enfermagem obstétrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1123-1129, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01123.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019.

PROGIANTI, J. M.; LOPES, A. S.; GOMES, R. C. P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 273-277, 2003.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 165-9, abr./jun. 2009.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-7, 2004.

REIS, C. S. C. **Estudo transversal sobre a exposição às tecnologias não invasivas de cuidado em enfermagem obstétrica na atenção ao parto e sua repercussão sobre a vitalidade do recém-nascido**. 2015. 114 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ROCHA, A. M. *et al.* Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. **Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde**, Viseu, p. 299-309, 2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/20.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Reben Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 472-483, 2016. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5434/html_2. Acesso em: 12 jul. 2018.

SA NETO, J. A.; DEUSDARÁ, B. M. R. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v.19, n. 2, p. 372-377, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2019.

SALVADOR, P. T. C. O. S *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-17, jan./mar. 2012.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Reben Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1240.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

SANTOS, E. S. O ensino de sociologia nos cursos de enfermagem: discutindo possibilidades curriculares. **Rev. Bras. Estud. Pedagóg.**, Brasília, v. 99, n. 253, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-66812018000300633&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jul. 2018.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.

SANTOS, I. *et al.* Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 9-14, 2012.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cad. Cult. Ciência**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276880008_TRAJETORIA_DE_HUMANIZACAO_DO_PARTO_NO_BRASIL_A_PARTIR_DE_UMA_REVISAO_INTEGRATIVA_DE_LITERATURA. Acesso em: 18 out. 2018.

SCARTON, J. *et al.* Cuidados de enfermagem no período pós-parto: uma abordagem ecossistêmica. **Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 13, p. 114-123, 2017. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2726>. Acesso em: 24 set. 2018.

SCHWEDA, M.; PFALLER, L. Colonization of later life? Laypersons 'and users' agency regarding anti-aging medicine in Germany. **Soc Sci Med.**, Göttingen, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25127249>. Acesso em: 28 out. 2018.

SCHWONKE, C. R. G. B. *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Reben Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a28.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

SHIMO, A. K. K.; MAFETONI, R. R. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 505-512, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>. Acesso em: 30 ago. 2018.

SILVA, A. A. *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 9, p. 15, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32336/html>. Acesso em: 30 out. 2018.

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

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N. M. A. Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar. **J. Res.: Fundam. Care. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2010.

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N. M. A. Aspectos epistemológicos do cuidado e conforto como objetos de conhecimento em enfermagem. **Cogitare Revista de Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16398>. Acesso em: 7 jul. 2019.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A.T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008.

SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A.; MELO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE On Line.**, Recife, v. 11, n. supl. 2, p. 1044-1051, fev. 2017.

SILVA, M. R. C. *et al.* A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, n. esp, p. 792-797, 2013.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 111-118, jan./fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100111. Acesso em: 14 ago. 2018.

SINGER, P. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SMITH, M. C.; PARKER, M. E. Kristen Swanson's Theory. *In*: SMITH, M. C.; PARKER, M. E. **Nursing Theories and Nursing Practice**. 4. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2015. p. 521-531.

SOUZA, C. M. *et al.* Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **J. Res.: Fundam. Care. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 743-754, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_923. Acesso em: 3 out. 2018.

SOUZA, T. A. *et al.* Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Enferm. UFPE (Online), Recife**, v. 10, n. 6, p. 4735-4740, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/11251-25368-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

SWANSON, K. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. **Nurs. Res.**, Seattle, v. 48, n. 6, p. 288-298, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571496>. Acesso em: 7 jul. 2018.

SWANSON, K. Empirical development of a middle range theory of caring. **Nurs. Res.**, Seattle, v. 40, n. 3, p. 161-166, 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2030995>. Acesso em: 7 jul. 2018.

SWANSON, K. Kristen Swanson's Theory of Caring. *In*: SMITH, M. C.; PARKER, M. E. (Eds.). **Nursing theories and nursing practices**. 3. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2010. pp. 521-31.

SWANSON, K. Nursing as informed caring for the wellbeing of others. **Image J. Nurs. Sch. (Online)**, Seattle, v. 25, n. 4, p. 352-357, 1993. Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf. Acesso em: 24 jul. 2018.

SWANSON, K. M.; WOJNAR, D. M. Optimal healing environments in nursing. **J. Altern. Complement. Med.**, [s. l.], v. 10, n. supplement 1, p. S-43-S-48, 2004. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2004.10.S-43>. Acesso em: 15 out. 2018.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Ed. Moriá: Porto Alegre, 2017.

TONELI, M. J. F. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007. p. 141-156.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>. Acesso em: 17 out. 2019.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-64, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2008pdf/17-656664.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol. (Online)**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.

TURKEL, M. C.; WATSON, J.; GIOVANNONI, J. Caring Science or Science of Caring. **Nurs. Sci. Q.**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 66-71, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29235958>. Acesso em: 18 set. 2018.

UNICEF. Notícias 2014: **Mortes maternas caem um terço em todo o mundo**. Disponível em: http://www.unicef.org/brasil/pt/media_18811.htm. Acesso em: 27 fev. 2015.

VARGENS, O. M. C. *et al.* Association between non-invasive nursing care technologies during childbirth and neonatal vitality: a cross-sectional study. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2019.

VARGENS, O. M. C. *et al.* Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 21717, 2017.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-50, 2004.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, São Paulo, v., 42, n. 2, p. 339-46, jun. 2008.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

VIANA, L. V. M. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago./dez. 2014. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>. Acesso em: 18 out. 2018.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 84-84. 84 p.

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. **Rev. Rene (Online)**, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 40207-40207, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-997317>. Acesso em: 18 set. 2018.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig. Enferm. Imagen. Desarr.**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2018/04/Enfermagem-a-pr%C3%A1tica-do-cuidado-sob-o-ponto-de-vista-filos%C3%B3fico.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. *In*: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WARMLING, C. M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 00009917, 2018.

WILHELM, L. A. *et al.* Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. **Braz. J. Nurs. (Online)**, Niterói, v. 14, n. 3, p. 284-293, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/5338>. Acesso em: 31 out. 2018.

APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa

Quadro 3 – Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa

P	Idade	Estado Civil	Cor *	Nível de Instrução	Profissão	Gesta	Para	Nº Cons. Pré-natal	Parto	Risco/ Morbidade
E1	19	Solteira	Parda	Médio Completo	Do lar	1	1	10	Normal	Pré-eclâmpsia, Paralisia de Bell e Herpes Zoster
E2	29	Casada	Parda	Médio Completo	Auxiliar Administrativa	2	2	11	Cesariana	Lúpus Eritematoso Sistêmico e Bronquiectasia Prematuridade e Depressão
E3	32	Solteira	Branca	Superior Incompleto	Estudante	1	1	10	Normal	Trombose Venosa Profunda e Depressão
E4	39	Casada	Preta	Superior Incompleto	Técnica de Enfermagem	3	3	8	Normal	Artrite Idiopática Juvenil
E5	23	Solteira	Preta	Superior Incompleto	Técnica de Enfermagem	2	1	11	Normal	Pré-eclâmpsia
E6	23	Solteira	Branca	Médio Completo	Do lar	1	1	12	Cesariana	Incompetência Istmocervical, Amniorrexe prematura e suspeita de Síndrome Antifosfolípídica
E7	37	Casada	Preta	Médio Completo	Assessora administrativa	7	2	3	Normal	Síndrome de Kostmann
E8	19	Solteira	Parda	Fundamental Incompleto	Do lar	2	1	6	Normal	História de Natimortalidade
E9	26	Solteira	Parda	Fundamental Incompleto	Do lar	3	2	6	Normal	HIV
E10	30	Solteira	Branca	Médio Incompleto	Operadora de Caixa	2	2	11	Normal	Fibrose Cística
E11	18	Solteira	Parda	Médio Completo	Estudante	1	1	6	Normal	Trombose Venosa Profunda
E12	27	Solteira	Parda	Médio Completo	Podóloga	2	2	12	Normal	Hipertensão Arterial Crônica
E13	40	Casada	Parda	Fundamental Completo	Do lar	4	4	2	Normal	Lúpus Eritematoso Sistêmico
E14	25	Casada	Branca	Superior Incompleto	Estudante	1	1	13	Normal	Cardiopatia Mitral e Hipertensão Arterial Crônica
E15	28	Casada	Branca	Médio Completo	Frentista	1	1	10	Normal	Pré-Eclâmpsia
E16	22	Solteira	Parda	Fundamental Incompleto	Atendente	4	3	5	Normal	Epilepsia
E17	20	Solteira	Parda	Médio Incompleto	Estudante	2	2	6	Normal	Obesidade Mórbida
E18	28	Casada	Branca	Superior Completo	Fisioterapeuta	1	1	12	Normal	Púrpura Trombocitopênica Idiopática
E19	19	Solteira	Parda	Médio Completo	Professora	1	1	15	Normal	Doença de Von Willebrand
E20	39	Casada	Branca	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	Terapeuta Ocupacional	1	1	12	Normal	

Legenda: P = Participante.

Nota: * Autorreferida.

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta dos dados**Roteiro de Entrevista**

Nº da Entrevista: _____ Data: ____/____/____
 Hora de Início: _____ Hora de Término: _____
 Código da Entrevista: _____

Abrogadem prévia: (Pedir permissão para ligar o gravador).

- Agradecer à participante pela participação e pedir autorização para a utilização da entrevista na pesquisa;
- Esclarecer acerca do assunto e objetivos da entrevista;
- Esclarecer acerca do TCLE.

PARTE 1 – Dados de Identificação

Idade:	Número de Gestações:
Escolaridade:	Paridade:
Profissão:	Consultas de Pré-natal:
Estado Civil:	Tipo de Parto (atual):
Cor autorreferida:	Risco Obstétrico ou Morbidade Prévia:

PARTE 2 – Roteiro de perguntas**Parte 2.1 – A percepção da mulher acerca da gravidez de alto risco**

Questão Aberta: Fale-me um pouco sobre sua gestação e seu parto, pontuando as situações mais marcantes que você vivenciou.

Tópicos de orientação:

- Como você descobriu seu diagnóstico?
- Como foi o desenvolvimento de sua gestação?
- Qual expectativa você tinha sobre seu parto?
- Quais sentimentos lhe envolveram nestes últimos meses?

Objetivos: Propiciar que as depoentes expressem suas percepções acerca da gestação e parto, buscando desvelar medos, receios, incertezas, ou demais sentimentos que permearam este período; Compreender a percepção das mulheres diante de uma gravidez de alto risco.

Parte 2.2 – O cuidado de enfermagem e as TNICE à luz da Teoria de Cuidado e Bem-estar de Kristen Swanson

Questão Aberta: Relembrando o momento do seu trabalho de parto, conte-me um pouco sobre o cuidado que as enfermeiras tiveram com você.

Tópicos de orientação:

- Conte-me sobre a atitude das enfermeiras frente às suas necessidades de cuidado. E quanto às suas dúvidas? E quanto aos seus desejos?
- Conte-me se a enfermeira a incentivou no trabalho de parto?
- Conte-me sobre a atitude da enfermeira frente ao seu acompanhante.
- Conte-me se houve incentivo para você caminhar e se movimentar durante o parto.
- Conte-me se foram utilizados recursos durante os seus cuidados (bola, cavalinho, massagem ou água morna). Quais foram os recursos?
- E como você se sentiu durante o uso desses recursos?
- Como você se sentiu durante o cuidado de enfermagem recebido no trabalho de parto?

Objetivos: Propiciar que as depoentes resgatem suas experiências com a utilização das TNICE, destacando os cuidados de enfermagem emergidos à luz da Teoria de Cuidados de Kristen Swanson; levantar informações para responder ao primeiro objetivo da pesquisa.

Parte 2.3 – O cuidado não invasivo de enfermagem para o bem-estar das mulheres durante o parto

Questão Aberta: Considerando o seu bem-estar no parto, explique-me quais sensações/sentimentos que os cuidados realizados pelas enfermeiras provocaram em você.

Tópicos de orientação: Explique-me se os cuidados fizeram você se sentir:

- Compreendida (ouvida e atendida nas necessidades)
- Valorizada (como pessoa/opiniões/desejos)
- Esperançosa (quanto ao defecho do parto/nascimento do bebê)
- Capaz (autoconfiança/potente no parto)
- Segura
- Confortada

Objetivos: Proporcionar que as depoentes resgatem suas experiências com os cuidados sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto; levantar dados para responder ao segundo objetivo desta pesquisa.

Parte 2.4 – Finalização da entrevista

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado.
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da participante na pesquisa.
- Finalizar a gravação.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título da Pesquisa: “Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: a percepção das mulheres com gravidez de alto risco”.

Responsável pela Pesquisa: Enf.^a Obstétrica Lana Priscila Meneses Ares (pesquisadora). – Curso de Mestrado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. CEP: 20551-030 – Rio de Janeiro/RJ. Tel.: 2868-8236 R: 211

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. CEP: 20551-030 - Rio de Janeiro/RJ. Tel.: 2868-8236 R: 211

Contato com a Responsável pela Pesquisa: (21) 98080-2450;
E-mail: lanapriscila_rj@hotmail.com (pesquisadora).

2 – Informações à participante:

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa de mestrado intitulada “Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: a percepção das mulheres com gravidez de alto risco”, conduzida pela pesquisadora Lana Priscila Meneses Ares, que tem como objetivos analisar as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem utilizadas no trabalho de parto e parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson; e discutir as possíveis influências dessas tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto.

Você foi selecionada por ter tido uma gestação de risco, e por ter dado entrada no centro obstétrico, ficando sob os cuidados das enfermeiras durante o trabalho de parto induzido ou não, cujo desfecho culminou em parto normal ou cirurgia cesariana.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, e o estudo não deverá oferecer riscos à sua saúde ou à relação com o serviço, contudo, a qualquer momento que você se sentir prejudicada, poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Cabe informar que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. A investigadora também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Rubrica da Participante

Rubrica da Pesquisadora

Sua participação será por meio de uma entrevista com duração média de 30 minutos a ser realizada no alojamento conjunto, em uma sala de reuniões, a fim de que você tenha a privacidade necessária. Para tanto, solicitamos sua permissão para a gravação de suas respostas, bem como a posterior transcrição das mesmas. As respostas que você conceder à pesquisadora responsável serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, sob hipótese alguma será divulgado o seu nome em qualquer fase deste estudo, bem como serão respeitados os princípios éticos e legais visando assegurar o sigilo de sua participação. Os dados coletados e os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados pela pesquisadora para fins de discussão da assistência de enfermagem, podendo ser divulgados posteriormente em eventos e revistas científicas de maneira que não haja qualquer identificação individual sua e de nenhuma outra participante.

Embora não haja nenhuma garantia de que você terá benefícios com este estudo, as informações que a Sra. fornecer contribuirá para fortalecer a atuação da enfermagem em outros espaços diferentes do risco habitual, onde a distinção presente nas práticas das profissionais enfermeiras, sob a ótica das concepções desmedicalizadas e do uso das tecnologias não invasivas de cuidado, pode contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e para o exercício de cidadania das mulheres, mesmo no âmbito das gestações de alto risco.

Esta pesquisa, portanto, não trará nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Assinando este consentimento, você afirma conhecer seus direitos, assim como não libera ou isenta os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que a prejudique. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável / coordenadora da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo². A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

Assinatura da participante

Lana Priscila Meneses Ares (Pesquisadora)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à **Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ:**
Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar,
Maracanã – Rio de Janeiro/RJ. E-mail: etica@uerj.br – Telefone: (021) 2334-2180.

² Segunda versão (revisada) do TCLE elaborada em janeiro de 2019.

APÊNDICE D – Quadro de classificação dos dados e construção das categorias analíticas

Quadro 4 – Classificação dos dados e construção das categorias analíticas
(continua)

TEMA/ Unidade de Significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	NUM	% UR	SUB CATE GORIA	CA TE GO RIA
MEDO	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	29	17,3	SENTIMENTOS NOS MOMENTOS MARCANTE DA GRAVIDEZ	SENTIMENTOS DAS MULHERES RELACIONADOS À VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO E PARTO COM RISCO OBSTÉTRICO ASSOCIADO
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
	1	-	1	2	2	-	3	9	6	-				
PREOCUPAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	5	3		
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
INSEGURANÇA	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	46	27,4		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
NEGAÇÃO	4	4	5	-	1	1	14	1	9	4	8	4,7		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
TRISTEZA	-	4	-	-	-	-	-	2	-	-	12	7,1		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
DESAMPARO	3	-	-	2	1	-	-	-	-	3	25	14,9		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	-	-	-	3	-	-	2	-	5	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
TRANQUILIDADE	5	-	-	-	6	-	4	-	-	-	29	17,3		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
SURPRESA	4	4	-	-	-	2	-	4	7	4	14	8,3		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10				
	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-				
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20				
	3	1	-	-	-	1	-	-	-	-				

Quadro 4 – Classificação dos dados e construção das categorias analíticas
(continuação)

ACEITAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	12	17,9	SENTIMENTOS DIANTE DO DIAGNÓSTICO DO RISCO OBSTÉTRICO
	1	2	-	1	1	1	1	1	1	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2			
SURPRESA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	15	22,4	
	1	1	-	-	-	-	6	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	1	-	1	-	1	-	-	4	-			
NEGAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	7	10,5	
	-	1	-	-	-	-	2	-	-	4			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
MEDO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	31	46,2	
	-	-	-	-	-	-	9	-	-	2			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	-	4	3	6	-	-	-	6	-			
COMPROMETI- MENTO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	2	3	
	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
ANSIEDADE MEDO RECEIO APREENSÃO PREOCUPAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	42	53,2	
	2	-	6	2	1	1	-	-	8	1			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	7	-	1	2	2	1	2	4	1	1			
CONFIANÇA TRANQUILIDADE SEGURANÇA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	24	30,4	
	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	4	-	5	-	3	-	5	4	-			
DÚVIDA INCERTEZA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	10	12,6	
	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	2	-	-	-	1	-	3	-	-	2			
RECOMPENSA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	3	3,8	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-			
												SENTIMENTOS NO MOMENTO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	SENTIMENTOS DAS MULHERES RELACIONADOS À VIVÊNCIA DA GESTAÇÃO E PARTO COM RISCO OBSTÉTRICO ASSOCIADO

Quadro 4 – Classificação dos dados e construção das categorias analíticas
(continuação)



MANTER A CRENÇA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	64	34,1	PERCEPÇÕES DAS MULHERES COM GRAVIDEZ DE RISCO ACERCA DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO À LUZ DA TEORIA DE KRISTEN SWANSON
	2	-	-	3	9	1	1	4	2	5			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	1	6	3	8	2	-	9	6	1			
CUMPLICIDADE	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	31	16,5	
	4	2	4	-	3	1	2	2	3	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	-	3	-	1	2	-	1	1	-			
ESTAR AO LADO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	51	27,1	
	2	1	3	3	3	5	4	3	6	2			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	2	1	3	1	4	-	4	1	2	1			
FAZER POR	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	42	22,3	
	1	3	6	-	3	1	4	2	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	2	5	1	2	2	1	1	4	3			
COMPREENSÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	17	10,6	
	-	1	4	-	-	-	2	-	1	1			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	1	1	1	1	1	2	1	-	-			
VALORIZAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	22	13,8	
	1	-	1	1	2	1	1	-	1	1			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1			
ESPERANÇA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	5	3,2	
	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-			
COMPANHEIRISMO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	14	8,7	
	1	-	1	-	1	-	1	-	1	1			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	1	-	-	2	1	-	1	1	1			
SEGURANÇA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	33	20,6	
	1	1	2	4	-	1	-	1	1	3			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	4	1	2	3	1	1	2	3	1	1			
												O BEM-ESTAR DAS MULHERES COM GRAVIDEZ DE RISCO COMO RESULTADO DA UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO	

Quadro 4 – Classificação dos dados e construção das categorias analíticas (conclusão)

CONFORTO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	22	13,7	O BEM-ESTAR DAS MULHERES COM GRAVIDEZ DE RISCO COMO RESULTADO DA UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO
	1	-	-	-	-	-	-	1	3	1			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	3	3	-	1	4	1	3	-	1	-			
RESPEITO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	16	10	
	-	-	-	3	-	-	1	-	-	5			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	1	-	-	-	-	-	-	5	1	-			
ACOLHIMENTO	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	31	19,4	
	-	-	1	4	-	-	3	-	3	-			
	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
	5	1	-	-	3	2	5	4	-	-			

Fonte: A autora, 2019.

ANEXO A – Termo de autorização para coleta de dados

 **TERMO DE AUTORIZAÇÃO** 

À direção do Núcleo Perinatal da UERJ:

Venho pelo presente, apresentar o meu Projeto de Dissertação de Mestrado, intitulado, provisoriamente, "Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem Obstétrica: a percepção das mulheres com gravidez de alto risco", e solicitar o desenvolvimento dessa pesquisa nesta unidade de saúde, a divulgação e publicação dos dados, assim como divulgar o nome da instituição. O referido estudo tem como objetivos: analisar as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem utilizadas no trabalho de parto e parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson; e discutir as possíveis influências dessas tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto.

Para tanto, será realizada uma entrevista semi-estruturada seguindo um roteiro temático com questões norteadoras junto a algumas puérperas desta instituição cujas perguntas envolverão os cuidados recebidos pelas enfermeiras durante o trabalho de parto e parto. Serão respeitados os critérios éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (Em anexo - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Certa de contar com sua aquiescência, desde já agradeço e coloco-me à disposição para qualquer dúvida e esclarecimentos.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro 2018.

Lana Priscila Meneses Ares
Lana Priscila Meneses Ares (Pesquisadora)

Para preenchimento da instituição solicitada: Deferido () Indeferido

Nilson de Jesus
Direção
Nilson Hamires de Jesus
CRM 5726813-3

Adriana Carneiro
Chefia de Enfermagem
Abilente de Gravidez
Enfermeira
COREN-RJ 02.524.669-9
Matr. 30252-1/10. 25669

ANEXO B – Parecer de aprovação da pesquisa no COEP/UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: A PERCEPÇÃO DAS MULHERES COM GRAVIDEZ DE ALTO RISCO.

Pesquisador: LANA PRISCILA MENESES ARES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02871318.6.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.241.465

Apresentação do Projeto:

O modelo assistencial obstétrico vigente ainda se caracteriza pela medicalização, intervenção e valorização de tecnologias invasivas. A qualidade da assistência ao parto e ao cuidado à saúde das mulheres e dos seus filhos tem sido um dos principais focos dos movimentos sociais e das políticas de saúde na atualidade. Busca-se um redirecionamento da assistência em direção a um modelo humanizado, no qual o cuidado de enfermagem fica mais evidente pelo motivo de focar na concepção do parto como um evento fisiológico e singular. Neste sentido, a Enfermagem utiliza em seu cotidiano assistencial as Tecnologias de Cuidado em Saúde e especificamente na área de saúde da mulher, este conceito pode ser vislumbrado como Tecnologias não invasivas de cuidado de Enfermagem Obstétrica (TNICEO), que consistem em conhecimentos e procedimentos utilizados pelas enfermeiras como forma de oferecer outras opções ao processo de parturição. A assistência de enfermagem em obstetria é centrada no cuidado da pessoa e no respeito à sua individualidade. As tecnologias não invasivas utilizadas pelas enfermeiras no cuidado à parturiente objetivam seu bem-estar físico e emocional, sendo a privacidade, a segurança e o conforto tidos como elementos fundamentais para um andamento fisiológico e para uma vivência positiva e prazerosa do parto, reduzindo as possíveis complicações consequentes às intervenções medicalizadas e garantindo um nascimento saudável e respeitoso mesmo no âmbito das gestações de alto risco. Diante do exposto o objeto de estudo eleito são as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre o uso das

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.465

tecnologias não

invasivas de cuidado de enfermagem no trabalho de parto e parto. Buscando desvelar este objeto, foram elaborados os seguintes objetivos: analisar as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre as TNICEO utilizadas no trabalho de parto e parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson; e discutir as possíveis influências dessas tecnologias não

invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O cenário será o centro obstétrico do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). As participantes serão as puérperas internadas na enfermaria do alojamento conjunto e atendidas no centro obstétrico da referida maternidade. A técnica de coleta de dados será obtida por meio de entrevista semi-estruturada seguindo um roteiro temático com questões norteadoras envolvendo os cuidados recebidos pelas enfermeiras durante o trabalho de parto e parto. Para a análise e interpretação dos dados, será adotada a técnica da análise de conteúdo temática de Laurence Bardín. Esta pesquisa se faz relevante ao dar voz as mulheres com gestação de alto risco e buscar compreender as suas percepções sobre as tecnologias aplicadas no cuidado de enfermagem. Além disso, oferecerá subsídios para reflexões acerca da atuação das enfermeiras obstétricas num cenário diferenciado daquele que tradicionalmente exerce suas atividades específicas e especializadas, no cuidado das mulheres saudáveis durante o parto e nascimento, denominadas de parturientes de baixo risco obstétrico ou risco habitual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as percepções das mulheres com gravidez de risco sobre as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem utilizadas no trabalho de parto e parto à luz da Teoria de Cuidado de Kristen Swanson. **Objetivo Secundário:** Discutir as possíveis influências dessas tecnologias não invasivas sobre o bem-estar dessas mulheres durante o parto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos Atendendo aos princípios da beneficência e não maleficência, será esclarecido que o estudo não apresentará possibilidade de danos à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual da participante. Especificamente em relação à dimensão psíquica, será feita referência à possíveis constrangimentos aos quais a participante poderia estar exposta no momento da entrevista, contudo, será esclarecido que a depoente poderá recusar-se a dar continuidade a sua participação, sem que lhe haja qualquer prejuízo. **Benefícios:** Embora não haja nenhuma garantia

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.465

de que a entrevistada obterá benefícios com este estudo, as informações que ela fornecer contribuirão para fortalecer a atuação da Enfermagem em outros espaços diferentes do risco habitual, onde a distinção presente nas práticas das profissionais enfermeiras, sob a ótica das concepções desmedicalizadas e do uso das tecnologias não invasivas de cuidado, pode corroborar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, apresenta a devida fundamentação. Embora as pendências apontadas nos pareceres 3.112.206 e n.3.080.432 tenham sido atendidas, há uma referência utilizada na descrição do serviço onde a coleta será desenvolvida que recai sobre o ponto das pendências que é a exposição da categoria investigada sob o olhar das participantes da pesquisa. Para melhor elucidação, transcrevo um exemplo: "Inaugurado em dois de junho de 2006, o prédio onde está instalada a maternidade do hospital têm três pavimentos e foi planejado para funcionar de maneira integrada ao referido Hospital Universitário. No primeiro andar funcionam as áreas de ensino, administrativa, medicina fetal e um anfiteatro. No segundo andar, estão concentrados os consultórios de atendimento, a enfermagem de gestantes, com 17 leitos e o centro obstétrico, que abarca quatro quartos de pré-parto, duas salas de parto, duas salas de cirurgia, dois leitos de recuperação pós-anestésica e quatro leitos de unidade de cuidados especiais para cuidados maternos. O terceiro andar é reservado para as áreas de alojamento conjunto, com 20 leitos maternos e 20 leitos de recém-nascidos, três leitos de pré-alta; Unidade Neonatal, que inclui a Unidade de Tratamento Intensivo, com capacidade para 24 leitos; quarto de mães acompanhantes e o banco de leite humano (UERJ, 2018)." A fonte da descrição do serviço é página do hospital onde está a unidade. Cabe ressaltar que a descrição do serviço a partir de uma fonte, neste caso, é irrelevante para o estudo, podendo ser realizada a partir de uma observação/descrição da própria autora, atendendo assim a norma ética de proteção dos envolvidos (citados) na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os ajustes sugeridos no TCLE foram atendidos.

O TAI está de acordo com as recomendações nos pareceres citados acima.

Cronograma atualizado

Folha de rosto está de acordo.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.465

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1210621.pdf	23/01/2019 19:28:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_plataforma_pendencia2.docx	23/01/2019 19:24:58	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Outros	TAI_participantes.docx	23/01/2019 19:20:49	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Outros	TAI_com_participantes.pdf	23/01/2019 19:19:09	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendencia_2.docx	23/01/2019 19:13:48	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Outros	TAI.docx	16/12/2018 23:29:24	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	18/09/2018 16:45:19	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	29/08/2018 15:55:59	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/08/2018 15:52:03	LANA PRISCILA MENESES ARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.241.465

RIO DE JANEIRO, 03 de Abril de 2019

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand - SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br