
Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta

Nursing staff and emotional support The parturient's perspective

Cibele Cunha Lima da Motta¹

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré²

Resumen

El objetivo de este trabajo fue caracterizar los tipos de atención ofrecidos a la parturienta, pretendiendo detectar la calidad del apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería. En este estudio cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, la recolección de datos fue realizada en dos etapas: (1) observación del trabajo de parto y (2) entrevistas semi estructuradas realizadas en el pos parto con 14 primerizas de entre 17 y 34 años. Los resultados caracterizaron las interacciones entre la parturienta y el grupo de enfermería, y fueron presentados en tres categorías: atención de rutina, atención interactiva y apoyo emocional. La investigación demostró cómo las parturientas perciben el apoyo dado por el equipo y cómo esto tuvo influencia en el trabajo de parto.

Palabras clave: apoyo emocional, psicología, equipo de enfermería.

Abstract

This study aims at characterizing the types of emotional care provided to the parturient by nursing staff. In order to investigate this topic, an exploratory and descriptive qualitative research was developed. Data collection was accomplished in two steps: (1) observation of labor and childbirth; (2) semi-structured interviews after birth with 14 first-time mothers. The results were described through categories encompassing the interviews and the observation process, characterizing the interactions between the parturient and the nursing staff, presented in three categories designated as: routine care, interactive care and emotional support. The study also shows how the mothers perceive the support given by the nursing staff e how it has positively influenced labor and birth.

Key words: emotional support, psychology, nursing staff. Introducción

¹ Estudiante de Doctorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, cibelemotta@hotmail.com.br, cibelemotta@cfh.ufsc.br.

² Professora Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, cmore@mbx1.ufsc.br.

El parto es un fenómeno en el que los factores fisiológicos, sociales, culturales y psicológicos interaccionan con la historia personal y familiar de la mujer. La parturienta tiene que lidiar consciente e inconscientemente con esa gama de factores, pudiendo vivir una experiencia positiva, que se refleja en la sensación de fuerza y poder, o una experiencia cargada de sensaciones negativas que pueden manifestarse en diferentes áreas de la vida (Lef, 1997; Soifer, 1980).

La vivencia de esta historia emocional, cultural y social de la mujer hace que su experiencia sea individual y única en cada parto. Sin embargo, esto no se restringe sólo a cómo la mujer atribuye significados, sino que también a cómo la experiencia misma acontece.

La internación en una institución hospitalaria se torna en otro elemento de gran impacto emocional que influencia la dinámica psíquica, ya que la mujer tiene que lidiar con un lugar y con personas desconocidas, con culturas y normas diferentes, donde ella deja de ser sujeto para pasar a estar sujeta al conocimiento y al poder médico, recibiendo cuidados que se asemejan a los cuidados que se otorgan a los enfermos (Lef, 1997).

Ante la intensidad emocional y física que la parturienta experimenta, es necesario estar atento a sus necesidades, las que van mucho más allá de los cuidados técnicos dispensados en las maternidades. La atención o acompañamiento ayudan a la mujer a pasar por esta experiencia propiciándole beneficios físicos y emocionales.

Esos beneficios ya fueron reconocidos por la Organización Mundial de la Salud - OMS (1996). Ahí se preconiza el apoyo emocional como una forma de promoción de un buen parto y, en consecuencia, de la salud en general. En ese sentido, a través de investigaciones que evalúen más profundamente los beneficios del acompañamiento durante el trabajo de parto y el desarrollo emocional de la mujer y de la familia, así como la calidad del vínculo padres-bebés, el parto se torna una fuente de conocimiento muy necesaria para la psicología.

Considerando los aspectos anteriormente presentados, el objetivo de este trabajo fue caracterizar los tipos de atención ofrecidos a la parturienta, proponiéndose detectar la calidad del apoyo emocional otorgado por los profesionales de la salud, representados en el presente trabajo por el equipo de enfermería. Los parámetros orientadores se basan en la vivencia emocional y en la necesidad de apoyo que la parturienta experimenta, así como en las investigaciones sobre los beneficios que el acompañamiento emocional ofrece a la mujer.

Los efectos de tal acompañamiento vienen siendo estudiados en los últimos 30 años (Klaus y Kennell, 1992) y tienen como criterio básico el ofrecimiento de compañía emocional a la mujer durante al trabajo de pre-parto y de parto (Kennell, Klaus, Mcgrath, Robertson y Hinkley, 1991; Klaus y Kennell, 1992; Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs y Hatch, 1996; Campero et al., 1998; Langer, Campero, Garcia y

Reynoso, 1998; Hodnett et al., 2002). El elemento común en todas estas investigaciones apunta a los indicadores de parto, donde se presenta una disminución del índice de cesáreas, del uso de analgesia, del uso de oxitócicos y del uso de fórceps.

Merecen destacarse las investigaciones que evalúan otros beneficios, tales como el mayor nivel de interacción entre madre-bebé (Klaus y Kennell, 1992); el mayor índice de amamantamiento (Langer, Campero, Garcia y Reynoso, 1998); el relato de la sensación de control sobre sí misma y del parto; la mejor percepción sobre el proceso en general (Campero et al., 1998).

El concepto de apoyo emocional desarrollado por esas investigaciones se fundamenta en tres aspectos básicos: lo emocional, lo físico y las informaciones. El apoyo emocional se da a través de una aproximación cariñosa a la parturienta, con palabras que incentivan su coraje y que la elogian. El apoyo físico se provee por medio de tactos, masajes y del incentivo a la deambulación y a cambios de posición, buscando siempre el confort físico de la mujer. La información se caracteriza por el ofrecimiento de cualquier orientación, ya sea sobre del desarrollo del trabajo de parto o sobre los procedimientos médicos utilizados.

Vale enfatizar que el concepto de apoyo emocional se desarrolla dentro del modelo de atención medicalizada del nacimiento, hoy predominante en la sociedad occidental. Este modelo de atención es fruto de un proceso histórico caracterizado por la progresiva supresión de las parteras en el sistema convencional de medicina o por la subyugación de las mismas al poder de la técnica médica y al proceso de medicalización del parto, evento históricamente femenino y doméstico (Santos, 2002). Los valores que mejor exponen este proceso de medicalización en Brasil, son los índices de cesáreas, que en el ámbito privado giran en torno al 79,70% de los partos (ANS, 2006), y en el ámbito público representan alrededor de un 27,53% (ANS, 2006). Ambos índices son superiores al 15% aceptado por la OMS. Además de los índices clínicos, la cultura de asistencia construye procedimientos técnicos en un sentido regresivo en relación a la propia cultura. La antropóloga Davies Floyd (1992, 1994, 1994b) llama al modelo vigente "tecnocrático". Para ella, este modelo de asistencia proviene de una visión masculina de fragilidad del cuerpo de la mujer, así como de los peligros que involucra la gestación, el parto, la separación entre cuerpo y mente, la necesidad de control sobre el proceso de nacimiento, la atención institucional patronal y, principalmente, el uso de la técnica y la tecnología por sobre las relaciones humanas.

Es en este contexto que los profesionales de la salud se titulan y atienden. El equipo de enfermería, por lo tanto, trabaja en instituciones regidas por normas basadas en el control del cuerpo del paciente (Davis Floyd, 1992, 1994).

En lo que respecta al ofrecimiento de apoyo emocional, los profesionales de enfermería son considerados como los más aptos para otorgarlo dentro del equipo de salud (Gagnon, Waghorn y Covell, 1997). Según Corbett y Callister (2000), las

enfermeras son las que tienen mayor contacto con la parturienta y con el/la acompañante, siendo, por lo tanto, un elemento clave de satisfacción en relación a los cuidados recibidos por la pareja.

En su investigación sobre el significado del apoyo emocional y físico para las enfermeras(os), Gale, Fothergill-Burbonnais y Chamberlain (2001) apuntan que, para éstas, el apoyo durante el trabajo de parto incluye dar soporte físico, emocional, información, orientación y la defensa de los deseos de la mujer. Sin embargo, los resultados de esa observación demuestran que sólo el 12,4% del tiempo de la enfermera se dedica a ofrecer apoyo a la parturienta, y que el tipo más observado es el de información e instrucción. Si a estos datos le agregamos los cuidados directos (verificar presión y pulsaciones cardíacas, inyectar/dar medicación, etc.), los cuidados indirectos (realizados en el cuarto donde está la parturienta) y los cuidados de apoyo, tenemos como resultado que el tiempo que la enfermera pasa en el cuarto de la parturienta sube a un 27,8%. Esto implica que las actividades de las enfermeras se destinan, casi en un 70%, a objetivos diferentes de los cuidados específicos.

En las entrevistas realizadas con las enfermeras, la investigación de Gale y cols. (2001) apunta a cuatro aspectos relevantes: (1) ellas creen que la analgesia es considerada una forma de apoyo emocional; (2) alegan que el equipo de enfermería es pequeño para atender la cantidad de pacientes, lo que imposibilita ofrecer apoyo a las parturientas; (3) mencionan que la ejecución de tareas como hacer/controlar el stock de medicamentos y ordenar los estantes, son una barrera para la atención; (4) refieren que el control ejercido a través de reglas, así como el uso de aparatos tecnológicos, son un obstáculo contra la aproximación a la parturienta.

Las barreras que la cultura de la institución impone fueron también reconocidas en las investigaciones de Hodnett *et al.* (2002) y en las de Gagnon, Waghorn y Covell (1997). Hodnett y cols. (2002) sostienen la hipótesis de que la atención a la parturienta y a la pareja embarazada está, sobre todo, influenciada por el ambiente institucional. Por lo tanto, en las maternidades que presentan una cultura de tipo intervencionista, existe un ejercicio de la fuerza contextual que dificulta el desarrollo de un trabajo que propicie el apoyo emocional. Sin embargo, a pesar de los resultados, Gagnon y cols. (1997) y Hodnett *et al.* (2002) defienden la posición de la enfermera en la oferta de apoyo emocional y físico.

Las enfermeras tienen un importante papel en el ofrecimiento de apoyo a la parturienta y a su acompañante. El presente trabajo pretendió caracterizar este tipo de apoyo, considerando el apoyo emocional como un conjunto de actitudes y técnicas que otorgan confort físico, emocional y seguridad a la mujer, así como orientación y estímulo a la participación del acompañante.

La información y la orientación son fundamentales en el desarrollo de este tipo de apoyo ya que contribuyen a que la pareja comprenda cómo se está desarrollando el

trabajo de parto, posibilitando un posicionamiento autónomo y un papel de protagonismo en el parto.

Método

En la investigación se utilizaron dos técnicas de recolección de datos: la observación participante de campo y las entrevistas semi estructuradas. Los datos obtenidos fueron integrados en categorías de análisis bajo una perspectiva de abordaje cualitativa.

Para los grupos de participantes (parturientas) fueron establecidos cuatro criterios de participación: edad entre 17 y 35 años, ser primeriza, haber tenido un embarazo saludable y período de gestación entre 37 y 42 semanas incompletas. El grupo de participantes fue formado por un total de 14 mujeres en trabajo de parto que se encontraban internadas en el centro obstétrico. Fueron invitadas a participar de la investigación, conformando así una muestra de conveniencia.

La investigación fue realizada en una maternidad universitaria, identificada con una atención humanizada con base en los principios preconizados por la OMS (1996).

El equipo de enfermería del centro estaba formado por una enfermera, cinco técnicas en enfermería, una enfermera jefe en el período diurno, además de los médicos y estudiantes en práctica. Las guardias eran de 12 hrs. La distribución del equipo de enfermería se caracterizaba por una relación de dos profesionales por cada cuatro camas de pre-parto. Los otros miembros del equipo eran asignados a las salas de parto, cirugía y recuperación.

Además de los procedimientos clínicos de rutina, el equipo de enfermería realizaba otras actividades que contribuían al desarrollo adecuado del trabajo de parto, tales como deambulación, baños, la utilización de la pelota suiza³, orientación para que los acompañantes apliquen masajes e incentivos para que las mujeres asuman diferentes posiciones durante el trabajo de parto. La preparación del ambiente también fue observada, caracterizándose por el no uso de luz o por una disminución de la misma, así como el uso de música ambiente en la sala de pre-parto y, eventualmente, la utilización de cromó y aromaterapia.

³ La indicación terapéutica de la pelota durante el trabajo de parto es para promover la relajación a través del movimiento: "Durante las contracturas de la abertura del canal de parto, el objetivo de los ejercicios es vencer la tensión por medio del movimiento, ayudando a prevenir la tensión durante el parto (Carriere, 1999, p.336). (La traducción es nuestra. En original: "Durante as contraturas de abertura do parto, a meta dos exercícios é vencer a tensão por meio de movimento. Isso pode ajudar a prevenir a tensão durante o parto").

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se caracterizó, primero, por la observación del trabajo de parto y, segundo, por la realización de entrevistas en el alojamiento conjunto de las participantes anteriormente observadas.

Las observaciones fueron efectuadas a través de la técnica de observación participante de campo, tomada de la etnografía. Su lenguaje científico incluye la descripción de los eventos y de las interpretaciones a *posteriori* (Romanelli, 1998). Las observaciones tuvieron como objeto la interacción entre el equipo de enfermería y la parturienta.

El período de observación fue intermitente, con una duración máxima de 15 minutos junto al lecho de la parturienta, variando según el procedimiento del equipo. Los períodos de observación se intercalaron con un intervalo aproximado de 30 minutos. Durante tal intervalo, la investigadora permanecía en otra sala del centro obstétrico, aguardando el próximo período de observación.

Debido a la peculiaridad del campo de observación, hubo alteraciones en la duración y en la frecuencia de ésta. En partos muy prolongados el período de intervalo fue de 60 minutos. De ese modo, el número de observaciones intermitentes por período total de trabajo de parto observado varió según las condiciones de éste. La tabla que se encuentra a continuación presenta una síntesis de las observaciones.

Tabla 1

Tiempo total de permanencia de las parturientas y de la investigadora en el centro obstétrico y número de observaciones realizadas por parturienta.

Participante	Permanencia de la parturienta en el centro obstétrico	Permanencia de la investigadora en el centro obstétrico	Número de observaciones intermitentes
Tereza	14 hrs.	07 hrs. y 55min.	15
Helena	14 hrs.	11 hrs. y 55min.	14
Valéria	10 hrs.	04 hrs. y 30min.	09
Rosângela	06 hrs. y 19min.	05 hrs. y 55min.	12
Mariana	04 hrs. y 30min.	02 hrs. y 45min.	5
Renata	10 hrs. y 23min.	04 hrs. y 40min.	10
Marcela	11 hrs. y 32min.	02 hrs.	05
Cecília	22 hrs. y 25min.	20 hrs.	20
Sofía	14 hrs.	08 hrs.	14
Clara	04 hrs.	03 hrs. y 40min.	08
Jane	13 hrs. y 16min.	03 hrs. y 35min.	07
Áurea	04 hrs. y 14 min.	02 hrs. y 30min.	04
Claudia	+ 12 hrs.	08 hrs. y 25min.	15
Carla	+ 12 hrs.	04 hrs. y 50 min.	10

La técnica de registro utilizada para los períodos de observación intermitentes se denomina “registros de incidentes críticos” (Dessen, 1998). Dichos registros fueron efectuados después de cada período de observación de pre-parto. Concomitantemente, se redactaron diarios de campo (Romanelli, 1998), caracterizados por descripciones de la situación de parto después del período total de observación.

El segundo instrumento de recolección de datos consistió en una entrevista realizada a través de una guía semi estructurada que permitió efectuar otras preguntas según las respuestas de las participantes. Eso permitió profundizar los temas abordados. Las entrevistas fueron grabadas e integralmente transcritas. El encuentro entre la investigadora y la participante aconteció en la sala de reuniones del alojamiento conjunto, en el período denominado pre-alta, y comprendió, como mínimo, 44 horas después del parto.

Cuidados Éticos

Vale destacar que esta investigación cumplió con todos los requisitos éticos establecidos para investigaciones con seres humanos de acuerdo con la ley Res. CNS 196 / 96, 251 / 97, y recibió la aprobación del comité de ética de la institución involucrada. Las participantes firmaron un consentimiento y los nombres que aparecen en el texto son ficticios. Es necesario enfatizar que el bienestar de la parturienta y de su acompañante fueron constantemente evaluados y considerados, no sólo antes de iniciar las observaciones sino que también a lo largo del proceso de observación.

Procedimientos de análisis de datos

Para realizar el análisis de datos, fue utilizado el sistema de codificación desarrollado por Corbin y Strauss, proveniente de la *Grounded Theory* (1990). Con relación a la misma, Mariana Krause (1992) afirma que esta teoría fundamentada empíricamente, permite trabajar con datos verbales de diferentes orígenes (entrevistas, observación en terreno, documentos). El análisis de los datos sigue siempre un proceso que incluye pasos y reglas claramente estipulados.

El proceso se caracteriza por la fragmentación, conceptualización y articulación de los datos en una nueva forma, dando las bases para el surgimiento de una unidad de análisis que se caracteriza por nombrar el hecho, evento u otras instancias del fenómeno. Ese proceso de codificación permite que tanto las descripciones de las observaciones como las entrevistas sean examinadas a partir de la misma unidad de análisis. Después de la codificación de los fenómenos, las unidades de análisis fueron agrupadas por

categorías, cuya nominación evidenció momentos específicos y regularidades de comportamientos y significados atribuidos a la vivencia de la situación de parto.

Resultados y Discusión

Los comportamientos y las interacciones observadas, además de las declaraciones de las participantes, dieron como resultado la configuración de tres categorías, donde el ofrecimiento de apoyo, basado en la tríada de apoyo físico, emocional e información, se presenta en una escala creciente: a) Atención de rutina; b) Atención interactiva y c) Apoyo emocional. Estas categorías agrupan, de forma distinta, cinco elementos presentes en todas ellas: (1) Forma de comunicación entre el equipo y la parturienta; (2) Acompañamiento del desarrollo del trabajo de parto; (3) Orientación e informaciones dadas a la parturienta; (4) Comportamiento del equipo frente a la parturienta; (5) Preparación del ambiente: uso de luz apagada, música, aromaterapia, cromoterapia.

a) Atención de rutina

Esta categoría fue denominada atención de rutina por ser la forma de asistencia más observada en el equipo de enfermería. Consiste en una serie de comportamientos esperados y/o aceptados como consecuencia del aprendizaje diario de los equipos. La comunicación entre el equipo, la parturienta y su acompañante, se caracteriza por una cierta cordialidad. Al comienzo de la internación, el equipo orienta a la mujer/familia sobre las actividades que pueden ser realizadas durante el trabajo de parto. Se observó, inclusive, una charla inicial sobre el sexo y el nombre del bebé. Sin embargo, esa actitud no se tornó extensiva a todos los miembros del equipo; lo mismo aconteció en el momento de la presentación del nombre de la enfermera que auxiliaba y respecto a la utilización del nombre de la parturienta. Hubo situaciones en que el equipo la llamaba “mamita”.

A pesar de haberse observado un *rapport* inicial, las interacciones entre el grupo y la parturienta, a lo largo del trabajo de parto, ocurrieron básicamente durante la realización de exámenes o cuando ésta expresó mucho dolor. En esas dos situaciones, la interacción estuvo marcada por la búsqueda de información sobre el estado de la paciente, especialmente a través de exámenes físicos, pudiendo ser acompañada o no de interacción verbal. Cabe destacar que hubo miembros que sólo realizaron los exámenes y no interactuaron verbalmente con la parturienta.

De ese modo, la asistencia se configuró fundamentalmente a partir de las informaciones proporcionadas por el cuerpo, un cuerpo-objeto, pasible de ser examinado. Tal objetivación corresponde al modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 1992, 1994), se-

gún el cual la relación del equipo con la parturienta está marcada por la información que la técnica ofrece, sea ésta a través de un examen manual, con algún instrumento o mediante la aplicación de un procedimiento. Así, el espacio para la relación humana queda subyugado a la relación tecnológica y el equipo, por lo tanto, está más atento a la decodificación de las señales del cuerpo que a la voz de la paciente.

A lo largo del trabajo de parto, el equipo proporcionó escasa o ninguna información sobre ésta o sobre los procedimientos realizados. Esta situación tiene como ejemplo el caso de Clara, que pasó de 3 cm. de dilatación a 9 cm. en un período de tres horas. En ese momento, el médico indicó la aplicación de oxitocina. La enfermera efectuó el procedimiento y no le explicó para qué era ese medicamento.

El caso de Cecilia revela cómo la falta de orientación e información sobre el trabajo de parto influye en el desenvolvimiento del mismo. Cecilia tuvo un trabajo de parto largo y pasó por dos turnos de enfermeras, experimentando así dos tipos de atención. Cuando comparó el turno diurno con el nocturno, afirmó no haber sido bien orientada por el segundo:

Sabés cuando vos en realidad querés que la persona diga: “No... lo que vos hacés es así, pero lo tenés que hacer asá para poder superar y tener fuerza”. Sabés el trabajo que ella hizo (refiriéndose a la enfermera del turno diurno). Si hubiese alguien que me orientase de esa forma creo que habría sido diferente...

Para Davis-Floyd (1992, 1994), la parturienta no es protagonista de su propio parto. Ella es un elemento en el proceso de trabajo, marcado por la intervención y la utilización de la tecnología. Ese proceso de objetivación del cuerpo humano hace que el profesional de la salud se aliene del sujeto presente y no se relacione con cuestiones emergentes, como las dudas y las necesidades de orientación. Esto ocurrió en el caso de Cecilia y en el de Clara.

Acompañar, informar, explicar y orientar constituyen tareas diferenciadas que otorgan elementos para que la mujer pueda reconocer y conseguir llevar a cabo adecuadamente los diferentes momentos del trabajo de parto.

En términos de comportamiento de equipo, otro aspecto observado fueron los comentarios inadecuados y las charlas paralelas frente a la parturienta. Durante la observación del parto de Claudia, la técnica en enfermería le contó un chiste a la enfermera mientras ella sentía mucho dolor por las contracciones. En el caso de Mariana, la enfermera, después de responder sus dudas, comenzó a conversar con la doctora sobre temas relacionados al trabajo; otro médico se sumó a la conversación y, mientras tanto, Mariana contraía su rostro demostrando mucho dolor hasta que, en un determinado momento, gritó. Los tres profesionales se dieron vuelta atendiéndola e intentando calmarla. Estos dos ejemplos demuestran la falta de preparación adecuada del profesional en el sentido de comprender que la protagonista es la parturienta y que conver-

saciones paralelas constituyen una no confirmación de la mujer. El parto es un momento de gran intensidad emocional y el ambiente juega un papel importante. El respeto y el cuidado con la parturienta son cruciales para el desenvolvimiento del parto.

Un último aspecto a ser considerado es la falta de preocupación, por parte del equipo, por tornar el ambiente más agradable. En ese aspecto, el cambio de cama, cuando hubo necesidad, fue el único elemento observado.

b) Atención interactiva

La asistencia y el apoyo al parto en esta categoría difieren significativamente de la categoría anterior, ya que fue posible percibir una mayor calidad en el vínculo entre el equipo y la parturienta. La forma de comunicación de los miembros de esta categoría se caracterizó por un abordaje atento y cariñoso hacia la paciente y su acompañante, procurando ofrecer las informaciones y orientaciones necesarias a través de un vínculo de acogida, en el que sí hay un reconocimiento del sujeto. Como ejemplo, puede citarse que las parturientas fueron siempre tratadas por su nombre. Pudimos observar que las interacciones se caracterizaron siempre por diálogos y palabras de coraje. Cuando la mujer sentía mucho dolor, el equipo tenía una actitud de reconocimiento y empatía, utilizando a veces su propia experiencia de maternidad con la intención de calmarla.

Claudia dice:

... cada vez que yo decía que no aguantaba más, ellos venían corriendo a atenderme e intentar calmarme.

También pudimos observar que la mayor parte del equipo mantenía contacto físico con la parturienta. Durante los exámenes y la realización de los procedimientos se le sostenía la mano o se le masajeaba las piernas y la espalda.

Fue posible observar que los miembros del equipo de esta categoría ofrecían informaciones y explicaciones sobre el desenvolvimiento del trabajo, así como una comunicación sobre los procedimientos que estaban siendo realizados y su motivo.

Otro aspecto diferencial constatado fueron las orientaciones sobre las actividades que la mujer pudo realizar durante el trabajo de parto. Se le explicó cómo éstas debían ser hechas y se incentivó la participación del acompañante, involucrándolo de forma activa en el ofrecimiento de apoyo.

En el trabajo de parto de Teresa, el incentivo del equipo fue fundamental para que su compañero pudiera establecer interacción con ella. En el turno nocturno, mientras ella gimió durante toda la noche, él dormía. En el turno diurno, la enfermera lo incentivó a participar del trabajo de parto, enseñándole a hacer masajes y a dar atención y cariño a su pareja.

El cuidado se extendió también a un comportamiento adecuado del equipo

delante de la parturienta. No se observaron charlas paralelas, comentarios inapropiados ni chistes. En lo que se refiere a la preparación del ambiente, el equipo procuró mantener la luz de la habitación apagada cuando era posible, así como cambiar de cama a la parturienta cuando se consideró necesario.

Por lo tanto, si en la categoría "atención de rutina" se observó que el equipo tendía a relacionarse con un cuerpo-objeto que necesita ser examinado y medicado, en esta categoría el equipo se relacionó con un sujeto dueño de su cuerpo, que tiene deseos, voluntades y dudas. Considerando estos aspectos, la asistencia ofrecida por los miembros de este equipo se diferencia por la calidad de su atención en relación a la categoría anterior, ya que reconocen a la parturienta como sujeto del proceso.

c) Apoyo emocional

Esta categoría describe una forma de asistencia a la parturienta, efectivamente marcada por el apoyo físico y emocional, evidenciando una profundización en la calidad de esta relación. En un primer momento, además de la presentación por los nombres y de un diálogo sobre el bebé, el equipo procuró que la mujer los informase sobre el parto con sus propias palabras, reconociendo de ese modo cómo estaba su estado físico y emocional. El caso de Cecilia es un ejemplo: en el cambio del turno nocturno al diurno, la enfermera le preguntó cómo estaba, cuándo había sido internada y cómo estaba el trabajo de parto. Es decir, la búsqueda de información fue más allá de los aspectos fisiológicos presentados en la ficha. La voz de la parturienta fue considerada una fuente de información importante para la evaluación del proceso, lo que pasó a ser un indicio de cómo la relación sería establecida.

La consideración de la parturienta como un ser total – cuerpo y mente (o por lo menos la intención de comprenderlo de esa forma) – describe una actitud alternativa al modelo de atención tecnocrático, privilegiándose la persona y no sólo los datos de una ficha. La aclaración de las dudas y el ofrecimiento de información fueron formas de atender a la parturienta concibiéndola como un sujeto integrado y protagonista.

Otro aspecto importante es que la atención estaba desvinculada de los procedimientos obstétricos de rutina. La enfermera controlaba cómo la parturienta estaba y verificaba si necesitaba algo. Esos momentos se marcaron por una interacción verbal con palabras de incentivo, de coraje y elogios, además de una interacción física caracterizada por el tacto, cariño y masajes, que tenían la finalidad de ofrecer a la paciente una sensación de seguridad y de confort. Vale apuntar que, en ese contexto, el masaje realizado por el equipo tuvo un papel diferenciado al evidenciado en la categoría anterior, cuyo masaje era efectuado de una manera menos comprometida. La diferencia aquí es que el masaje fue realizado de forma intencional y vigorosamente, buscando un relajamiento efectivo. Un ejemplo de esto fue Jane, quien se rehusó a tomar analgesia a pesar de estar con un trabajo de parto prolongado. Percibimos que un masaje vigoroso,

realizado en un ambiente más tranquilo y en penumbras, favoreció la relajación, ayudando a soportar los dolores sentidos.

Además, el equipo procuró incentivar a la parturienta y a su acompañante a moverse, mostrando las actividades que podían ser realizadas y orientándolos sobre cómo debían proceder. Dice Renata:

Márcia (enfermera) tiene más experiencia con partos, entonces ella le decía a él en qué podía ayudarme. Entonces, ella le pasaba su experiencia para que él pueda ayudarme.

Ese tipo de orientación ayudaba al acompañante a estar en una posición más participativa, contribuyendo activamente al desenvolvimiento del trabajo de parto, necesidad apuntada por las investigaciones de Chandler y Field (1997) y Johnson (2002).

En lo que se refiere a la preparación del ambiente, hubo un diferencial significativo en relación a las categorías anteriormente mencionadas: luz apagada, oscurecimiento del ambiente, utilización de música, de cromoterapia y aromaterapia (estos dos últimos ejemplos no fueron utilizados de forma corriente por todos los miembros del equipo). Cabe apuntar que el objetivo era propiciar un ambiente más confortable y relajante para la parturienta. La declaración de Renata demuestra que el ambiente tiene un impacto positivo para la vivencia del trabajo de parto:

...Y realmente, la... la pelora que ella colocó, esa pelota que ella usa, la música, todo lo que ella hizo, toda la preparación del ambiente, todo eso es de una gran ayuda, así, da una fuerza. Mejora el humor, mejora el... calma, no?... tranquiliza y cuando tranquiliza una no siente tanto dolor y no... no sé, así da una fuerza mayor.

La denominación de apoyo emocional para esta categoría fue dada con la intención de establecer un paralelo entre el concepto de apoyo emocional, desarrollado por las investigaciones, y el apoyo ofrecido por el equipo de enfermería. La categoría apoyo emocional se refiere a un tipo de atención que respeta a la parturienta como sujeto de su parto, que intenta tener sus necesidades físicas y emocionales atendidas, y que incentiva la participación del acompañante.

La caracterización de las tres categorías de atención demostró que existe, de parte del equipo de salud, y específicamente del grupo de enfermería, una preocupación por garantizarle a la parturienta algunos aspectos básicos de la propuesta de atención humanizada. El derecho a acompañante, a la elección de la forma de parto, el conocimiento del centro obstétrico, el ofrecimiento de un espacio y objetos para que la mujer se mueva y ejercite, son parte de esto. Sin embargo, como apunta Diniz (2001), el establecimiento de rutinas y normas no es suficiente para la construcción de una atención que se dice humanizada.

En el ámbito de las relaciones, fue posible observar que no son las rutinas y normas las que caracterizan la interacción entre el equipo de enfermería y la parturienta, sino que una disponibilidad particular demostrada por profesionales que están en una constante búsqueda de la comprensión sobre el fenómeno del nacimiento y que lo reflejan en su praxis.

Consideraciones Finales

Este trabajo partió de la premisa –basada en investigaciones citadas–, de que el apoyo emocional es un elemento fundamental para un mejor desenvolvimiento del trabajo de parto, considerando los aspectos emocionales y fisiológicos que se afectan entre sí. Los resultados de esta investigación confirman estos hechos a través de las entrevistas de las participantes.

Partiendo de esa premisa, la caracterización de la asistencia en una maternidad orientada a una atención humanizada, constituyó un aspecto fundamental para conocer el apoyo emocional y para presentar, a su vez, sus limitaciones y posibilidades. En ese sentido, la caracterización de los diferentes tipos de apoyo fue realizada con el fin de conocer y procurar comprender cómo se dan las relaciones entre el equipo de enfermería y las pacientes.

Lo que se quiso evidenciar en este estudio son las tendencias de interacción dentro de un espacio que busca una atención humanizada. Por lo tanto, se discutieron algunos aspectos que permeaban el ofrecimiento de apoyo por el equipo. En un primer momento, la participación de la enfermera en el ofrecimiento de apoyo emocional encuentra límites de orden estructural. La relación número de miembros del equipo y parturientas es de 2:4, o sea, una enfermera y una técnica para cuatro mujeres en trabajo de parto. La enfermera de turno actúa en todos los sectores del centro obstétrico; de esa forma, su atención se divide, disminuyendo su posibilidad de actuar al lado de la parturienta.

El equipo de enfermería y/o el equipo de salud como un todo, no dispone de un entrenamiento o espacio para la reflexión sobre los cuidados emocionales que la situación de parto exige. Las enfermeras que presentaron una actuación profesional, con características de apoyo emocional, utilizaron ese recurso basadas en sus propias búsquedas profesionales y en una capacidad emocional particular.

Es importante observar la existencia de diferentes tipos de calidades de asistencia a la parturienta las que, de un modo general, no son excluyentes. Son actividades que forman parte de las tareas del equipo; sin embargo, creemos que merecen ser repensadas, rescatadas y perfeccionadas dentro de un eje organizador que contemple posturas y formas de comunicación, tanto en un nivel personal como profesional.

El apoyo emocional demanda la capacidad de escuchar a la parturienta y a su acompañante, de estar atento(a) a las necesidades de ambos, siendo importante también, el ser receptivo a las expresiones de amor, rabia, alegría y tristeza, entre otras, de acuerdo a lo que la parturienta esté viviendo en un momento determinado. Se torna necesario tener paciencia y asumir la posición de cuidador(a) y protector(a) para guiar a la pareja en el trabajo de parto. Al mismo tiempo, debe saberse a qué hora apartarse para propiciar momentos de intimidad.

Junto a eso tenemos el perfeccionamiento de las actividades cotidianas, como el respeto y cuidado con el ambiente, el reconocimiento de la parturienta como un sujeto activo del proceso y, por lo tanto, el ofrecimiento de todas las informaciones posibles sobre los procedimientos utilizados.

En ese sentido, la psicología tiene un papel fundamental en la preparación de un equipo cuya propuesta sea una atención de apoyo emocional. Es necesario conocer y comprender las diferentes facetas de la dinámica psíquica que se instala durante el proceso en la parturienta, su acompañante y en el(la) cuidador(a) de esta pareja, con la finalidad de promover una asistencia en que esos factores sean de hecho considerados y no apenas reconocidos, tal como fue observado en la atención brindada por el equipo de enfermería.

La propuesta de asistencia que abarca el cuidado emocional no es una tarea fácil sino que, por el contrario, el desarrollo de esas habilidades demanda un continuo ejercicio de diálogo entre los miembros del equipo y el reconocimiento del tipo de trabajo que es efectuado. El conocimiento de las creencias, valores y actitudes sobre el nacimiento, constituyen un instrumento fundamental para que el equipo de enfermería (y el equipo de salud como un todo) reconozca las bases sobre las cuales este tipo de asistencia es ofrecida, principalmente en relación al concepto de atención humanizada. Esto se refleja en una atención que reconozca a la mujer como sujeto y protagonista de su parto, haciendo que la utilización de la tecnología ceda espacio a la relación que se establece.

Lo que se desea destacar es que el ofrecimiento de apoyo demanda mucho más que la aplicación de técnicas, demanda disposición emocional y un nivel de comprensión de los procesos psíquicos en curso en ese momento. En tal sentido, lo ideal sería que el entrenamiento, que ya fue preconizado por el Ministerio de la Salud (2001), sea acompañado por grupos de estudio y grupos de sensibilización para que el equipo de enfermería, así como todo el equipo de salud, pueda tener elementos y condiciones para ofrecer un apoyo que abarque técnicas que contribuyan al desarrollo del parto en conjunto con una actitud de respeto y atención a la pareja.

El ofrecimiento de apoyo emocional no es una tarea exclusiva del equipo de enfermería, sino que es un paso más en la construcción de una atención humanizada en la que la mujer y su pareja, son respetados y auxiliados en lo que concierne a las

necesidades emocionales de ambos, además de un ofrecimiento técnico adecuado. Así, podemos pensar que el apoyo emocional puede ser una habilidad y una tarea a ser desarrollada por el equipo como un todo.

En términos de reflexión final, pensamos que la humanización del parto, a través de la integración de los diferentes actores involucrados en el mismo, significa la real posibilidad de construcción de “una red solidaria” de confirmación de la “vida”, de confirmación del otro en su “alteridad”, de confirmación de un “individuo social” en el cual la ética del respeto, de la autonomía y reconocimiento de sus propias acciones, sean los ingredientes básicos para una sociedad solidaria.

Bibliografía

- AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: 2006 - Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na saúde suplementar [dato electrónico]. (2007). Disponible en: www.rehuna.org.br. Accesado en: 20/01/2007.
- CAMPERO, L., García, C., Díaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., Langer, A., (1998, August). Alone, I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labor and delivery. *Mexico Social Science & Medicine*, 47 (3), 395-403.
- CHANDLER S. & Field, P.A. (1997, Jan./Feb.). First-time fathers' experience labor and delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42, 17-24.
- CORBETT, C. A. & Callister, L. C. (2000, February). Nursing support during labour. *Clinical Nursing Research*, 9 (1), 70-83.
- DAVIS-FLOYD, R. (1992). Birth as an American rite of passage. Berkley and Los Angeles: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, R. (1994a). The rituals of american hospital birth. Conformity and conflict: readings in cultural antropology, McCurdy, D. Eds., 8th edition, 323-340.
- DAVIS-FLOYD, R. (1994b). Culture and birth: The technocratic imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9 (2), 6-7.
- DESSEN, M.A.C. & Borges, L.M.(1998). Estratégias de observação em comportamento em psicologia do desenvolvimento. Em Romanelli, G. & Biasoli Alves, Z.M.M. (Org.) *Diálogos Metodológicos* (31-47). Ribeirão Preto: Legis Summas.
- DINIZ, C. S. G. (2001) Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- GAGNON, A.J., Waghorn, K. Y Covell, C. (1997). A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labour. *Birth*, 24 (2), 71-77.
- GALE, J., Fothergill-Burbonnais, F. Y Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during childbirth. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26 (5), 264-271.
- HODNETT, E.D., Lowe, N.K., Hannah, M.E., Willan, A.R., Steens, B., Weston, J., Ohlsson, A., Gafini, A., Muir, H., Myhr, T.L. Y Stremlestr, R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of labour support in north american hospitals, *JAMA*, 288 (11), 1373-1381.
- JONHSON, M.P., (2002 spring) An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of Men's Studies*, 10(2) pp165-182
- KENNEL, J., Klaus, M., Mcgrath, S., Robertson, S. Y Hinkley, C. (1991, May). Continuous emotional support during labor in a United-States hospital: a randomized controlled trial. *Jama-journal of The American Medical Association*, 265 (17), 2197-2201.
- KLAUS, M. H. & Kennell, J. H. (1992). Pais e bebês: a formação do apego. (D. Batista, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas.
- KLAUS, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (1993). *Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Massachusetts: Perseus
- KRAUSE, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. PSYKHE. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. N.1, 41-52.
- LANGER, A., Campero, L., Garcia, C. Y Reynoso, S. (1998, October). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial British. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105 (10), 1056-1063.
- LEE, J. R. (1997). *Gravidez: a história Interior*. (R. D. Pereira, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas (libro originalmente publicado en 1993).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher (2001). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1996). Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático, OMS/SRF/MSM.

ROMANELLI, G. & Biasoli Alves, Z.M.M. (1998) Diálogos Metodológicos. Ribeirão Preto: Legis Summas.

SANTOS, M. L. (2002) Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. 2002. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

SOIFER, R. (1980). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. (I.V. Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas, (originalmente publicado em 1977).

STRAUSS, A. & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. London: SAGE Publications.

ZHANG, J.; Bernasko, J. W.; Leybovich, E.; Fahs, M. Y Hatch, M. C. (1996, October). Continuous labor support from Labor Attendant For Primiparous Women: A Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 88 (4), 739-744, Part 2, Suppl. S.