

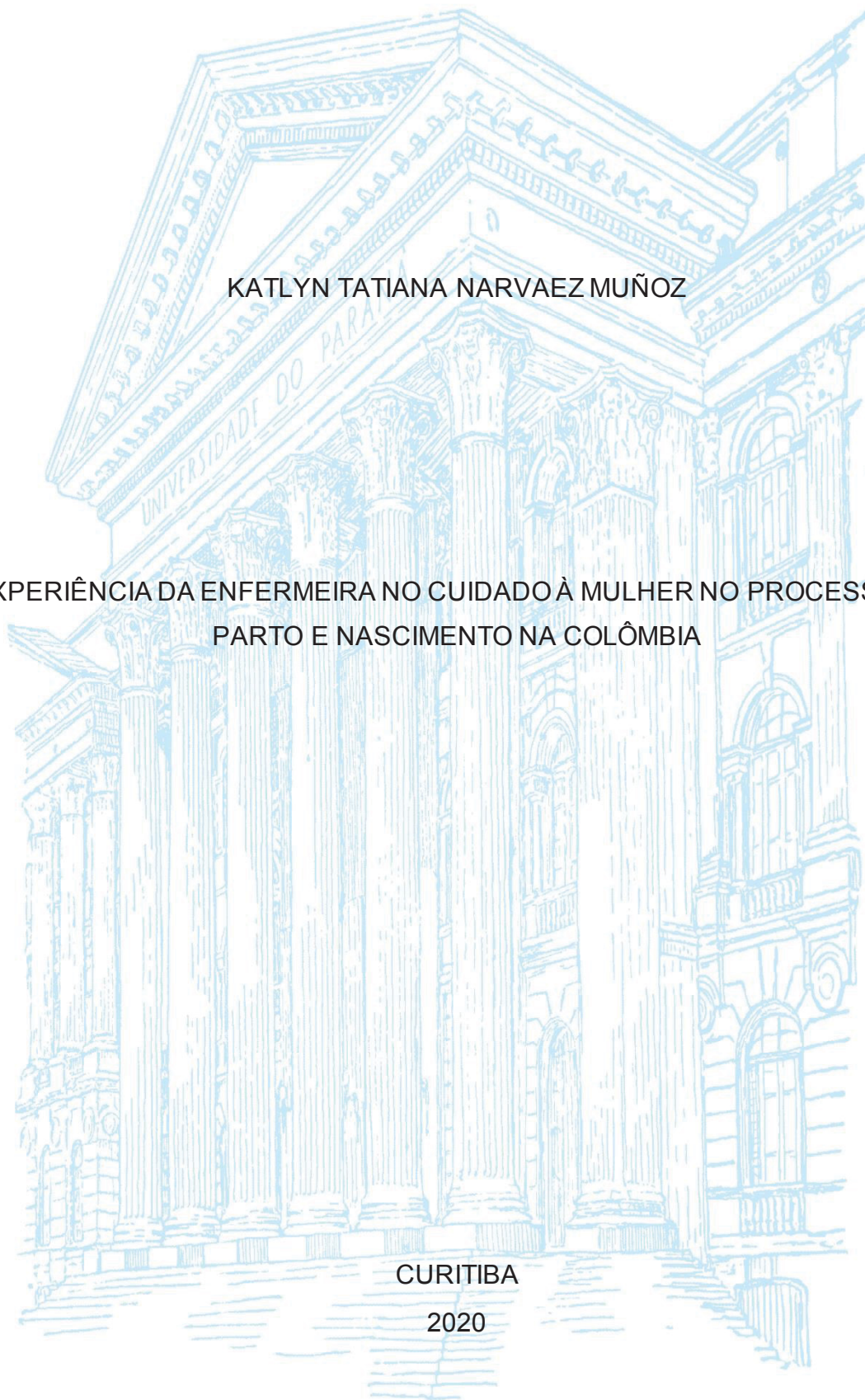
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KATLYN TATIANA NARVAEZ MUÑOZ

EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO À MULHER NO PROCESSO DE
PARTO E NASCIMENTO NA COLÔMBIA

CURITIBA

2020



KATLYN TATIANA NARVAEZ MUÑOZ

EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO À MULHER NO PROCESSO DE
PARTO E NASCIMENTO NA COLÔMBIA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana R.R Kissula Souza

coorientadora: Prof.^a Dr.^a Gladys Eugenia Canaval

CURITIBA

2020

Muñoz, Katlyn Tatiana Narvaez

Experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na Colômbia [recurso eletrônico] / Katlyn Tatiana Narvaez Muñoz – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana R. R. Kissula Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Gladys Eugenia Canaval

1. Enfermagem obstétrica. 2. Obstetrícia. 3. Parto humanizado. 4. História. 5. Colômbia. I. Souza, Silvana R. R. Kissula. II. Canaval, Gladys Eugenia. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.


CDD 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **KATLYN TATIANA NARVÁEZ MUÑOZ**, intitulada: **EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO À MULHER NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO NA COLÔMBIA**, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 18 de Fevereiro de 2020.


SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Presidente da Banca Examinadora


CATIA CAMPANER FERRARI BERNARDY
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)


MIRIAM APARECIDA NIMITZ
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação a minha mãe Ana Muñoz, meu Pai Raymon Narváez, irmãos e amigos que me apoiaram durante o processo de desenvolvimento deste trabalho.

Também dedico a minha orientadora Dra. Prof. Silvana Kissula Souza e minha coorientadora Dra. Prof. Gladys Eugenia Canaval, que uniram esforços e me acompanharam na construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir cumprir com uma meta mais na minha vida e me acompanhar neste caminho.

A meus pais por todo seu apoio, amor e compreensão.

À Professora Dr^a. Silvana Regina Kissula Souza, minha orientadora, por seu tempo, dedicação e ensinamentos.

À Professora Dr^a. Gladys Eugenia Canaval, minha coorientadora, pela acolhida, confiança e apoio neste trabalho.

A Universidade Federal do Paraná, professores, administrativos e companheiros do curso, pelo acolhimento, ensino e apoio.

Às professoras Miriam Aparecida Nimtz e Tatiane Herreira Trigueiro, pelas contribuições feitas na banca de qualificação, além dos ensinamentos.

A Universidade do Valle por me permitir realizar uma passandia de investigação para o desenvolvimento do meu estudo, pelo apoio e ensino.

Ao Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva da Secretaria de Saúde de Cali pelo apoio e por ter me fornecido informação relevante para este trabalho.

Às enfermeiras colaboradoras deste estudo que com sua participação fizeram possível o desenvolvimento deste trabalho e deram maior visibilidade da realidade da atenção à mulher em processo de parto e nascimento em Cali.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelo carinho e por estarem presentes na minha vida.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES - pelo auxílio financeiro.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência das enfermeiras no cuidado à mulher em processo de parto e nascimento em Cali na Colômbia; realizou-se um estudo qualitativo na história oral temática. A coleta de dados foi realizada no período de março-abril de 2019 na cidade de Cali, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais. As colaboradoras do estudo foram 12 enfermeiras que atuam na área obstétrica na atenção à mulher no processo de parto e nascimento, sendo 8 enfermeiras assistenciais e 4 enfermeiras docentes da área. O estudo foi analisado com base na história oral híbrida a qual preza-se ao poder de conversa com outros documentos e realizou-se concomitante análise de conteúdo referenciada em Laurence Bardin, tendo como resultados a identificação de três categorias: “O papel, o sentimento e o conhecimento da enfermagem no atendimento à mulher no processo de gestação, parto e pós-parto na Colômbia”, “Transformações na atenção do processo de parto e nascimento” e “Estratégias para atenção a gestante”. A primeira categoria caracteriza-se por trazer a importância do atuar da enfermeira no cuidado à mulher no período gravídico puerperal, destacando a capacidade e o conhecimento de assistir a gestante de baixo risco obstétrico e sua família, reconhecendo o valor do uso de boas práticas preconizadas pela OMS no parto natural e aquelas que alteram o seu curso normal; a segunda categoria mostra as mudanças positivas e negativas havidas no atendimento à mulher ao longo do tempo, sendo explicitadas as causas e políticas que influenciaram nesse processo, no qual se evidencia o relato da enfermeira para atividades secundárias perdendo o seu papel na atenção direta do parto normal; e a terceira categoria traz estratégias a partir das dificuldades e fragilidades percebidas pelas enfermeiras no atendimento à gestante, que contribuam para melhorar a qualidade da assistência e para que a mulher e sua família sejam protagonistas do momento, com a finalidade de resgatar o parto natural e o papel da enfermagem nesse processo, além de valorizar as mudanças propostas pela OMS e implementar o parto humanizado na Colômbia. Este estudo conclui que as enfermeiras da Colômbia por meio de sua experiência identificam as fortalezas e fragilidades do cuidado prestado à mulher no período gravídico puerperal e propõem estratégias de melhora para o atendimento, reconhecem a importância do uso de boas práticas na atenção do parto, porém precisam se apropriar e aprofundar no modelo de parto humanizado para a implementação nos serviços de saúde.

Palavras-chave: História. Enfermagem. Obstetrícia. Parto humanizado. Colômbia.

ABSTRACT

The present study aimed to know and describe the nurses' experience in caring for women in childbirth and birth in Cali, Colombia; A qualitative study was conducted on the thematic oral history. Data were collected during March and April 2019 in the city of Cali, through individual semi-structured interviews. The study collaborators were 12 nurses; 8 nurses work in the area of obstetrics, in the care of women in the process of birth and 4 nurses were teachers in maternal's and reproductive area. This study was carried out based on hybrid oral history, which lends itself to the power of conversing with other documents and concomitant analysis of content was made according to Laurence Bardin, resulting in the identification of three categories: "The role, feeling and knowledge of nursing in the care of women in the process of pregnancy, childbirth and postpartum in Colombia "; "Changes in the care of women in the process of birth and birth "and" Improvement strategies for the care of pregnant women ". The first category is characterized by bringing the importance of the nurse's role in caring for women in the puerperal pregnancy period, highlighting the ability and knowledge to assist low-risk obstetric pregnant women and their families, recognizing the value of the use of recommended good practices. by WHO in natural childbirth and those that alter its normal course; The second category shows the positive and negative changes that have occurred in the care of women over time, and the causes and policies that influenced this process are explicit, in which the relegation of the nurse to secondary activities is evident, losing its role in direct attention. of normal delivery; and the third category, brings strategies from the difficulties and weaknesses perceived by nurses in the care of pregnant women, which contribute to improve the quality of care and the woman and her family are protagonists of the moment, with the purpose of rescuing the natural birth and the role of nursing in this process, as well as valuing the changes proposed by WHO and implementing humanized childbirth in Colombia.

This study concludes that nurses from Colombia, through their experience, identify the strengths and weaknesses of care provided to women during the puerperal pregnancy period and propose improvement strategies for care, recognize the importance of using good practices in childbirth care, but need appropriating and deepening the humanized delivery model for implementation in health services.

Keywords: History. Nursing. Obstetrics. Humanizing Delivery. Colombia

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer y describir la experiencia de enfermeras en el cuidado a la mujer en proceso de parto y nacimiento en Cali Colombia; se realizó un estudio cualitativo basado en Historia oral temática. La recolección de los datos se llevó a cabo en el periodo de marzo a abril de 2019 en la ciudad de Cali, a través de entrevistas semiestructuradas individuales. Las colaboradoras del estudio fueron 12 enfermeras de las cuales 8 trabajan en el área asistencial de obstetricia, en la atención de la mujer en proceso de parto y nacimiento, siendo 8 enfermeras asistenciales y 4 docentes del área. Este estudio fue realizado con base en Historia oral híbrida, la cual se presta para dialogar con otros documentos y concomitante se realizó análisis de contenido referenciado en Laurence Bardin, arrojando como resultados, la identificación de tres grandes categorías: “El papel, sentimiento y conocimiento de enfermería en la atención de la mujer en proceso de gestación, parto y posparto en Colombia”, “Cambios en la atención de la mujer en proceso de parto y nacimiento” y “Estrategias para la atención de la gestante”. La primera categoría se caracteriza por mostrar la importancia del actuar de la enfermera en el cuidado de la mujer durante la gestación y el parto, destacando la capacidad y el conocimiento para asistir a la gestante de bajo riesgo obstétrico y su familia, reconociendo el valor de usar las buenas prácticas recomendadas por la OMS en el parto natural; la segunda categoría trae cambios positivos y negativos en la atención de la mujer que se dieron a lo largo del tiempo, siendo explícitas las causas y políticas que influenciaron en ese proceso que se evidencia en el relato de la enfermera para actividades secundarias, perdiendo su papel en la atención directa del parto normal; y la tercera categoría trae estrategias a partir de las dificultades y debilidades percibidas por las enfermeras en la atención de la gestante, que contribuyan a mejorar la calidad de la asistencia y la mujer y su familia sean protagonistas del momento, con la finalidad de rescatar el parto natural y el papel de enfermería en ese proceso, además de valorar los cambios propuestos por la OMS e implementar el parto humanizado en Colombia. Este estudio concluye que las enfermeras de Colombia a través de su experiencia, identifican fortalezas y debilidades del cuidado que se presta a la mujer durante la gestación, parto y puerperio y proponen estrategias para mejorar la atención, reconocen la importancia del uso de buenas prácticas en la atención del parto, sin embargo, necesitan apropiarse y profundizar en el modelo de parto humanizado para su implementación en los servicios de salud.

Palabras-clave: Historia. Enfermería. Obstetricia. Parto humanizado. Colombia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - NORMATIVAS PARA ATENDIMENTO À MULHER.....	39
Figura 1 - COMUNIDADE DESTINO, COLÔNIA E REDE	46
Quadro 2 - COLETA DE DADOS EM HISTÓRIA ORAL	48
Quadro 3 - CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS	56
Quadro 4 - UNIDADES DE REGISTRO E CATEGORIAS.....	147

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACOFAEN	- Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
ANEC	- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
CIOMS	- Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas
CLAP	- Centro Latino-americano de Perinatologia
CPEM	- Consejo Presidencial para Equidad de la Mujer
CIREH	- Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
EPS	- Empresa Promotora de Salud
ESE	- Empresa Social del Estado
FAMI	- Família, Mujer, Infancia
HUV	- Hospital Universitario del Valle
IAMI	- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
IPS	- Institución Prestadora de Servicios
ITS	- Infecções de Transmissão Sexual
MIAS	- Modelo Integral de Atención en Salud
ODS	- Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	- Organização Pan-americana da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não Governamental
PNSP	- Plano Nacional de Saúde Pública
PPGENF	- Programa de Pós-graduação em Enfermagem
SGSSS	- Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SEGO	- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SSR	- Saúde Sexual e Reprodutiva
RIAMP	- Ruta integral de Atención Materno Perinatal

RIAS - Rutas Integrales de Atención en Salud

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UNFPA - Fundo de populações das Nações Unidas

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA.....	21
1.2 OBJETIVO.....	22
1.3 JUSTIFICATIVA.....	22
2 REVISÃO DE LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO	23
2.1 PROCESSO HISTÓRICO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNDO E NO BRASIL	23
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO	29
2.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ENFERMEIRA NA COLÔMBIA	31
2.4 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE PARA O ATENDIMENTO À MULHER NA COLÔMBIA	35
2.5 IMPORTÂNCIA DA ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO.....	40
3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO	43
3.2 COMUNIDADE DE DESTINO, COLÔNIA E REDE.....	45
3.3 PASSOS METODOLÓGICOS EM HISTÓRIA ORAL	46
3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	47
3.4.1 LOCAL DA PESQUISA	47
3.5 COLETA DE DADOS	48
3.5.1 RECRUTAMENTO.....	49
3.7 ANÁLISE EM HISTÓRIA ORAL.....	51
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
4. RESULTADOS	55
4.1 PÓS-ENTREVISTA	55
4.1.1 NARRATIVAS DAS ENFERMEIRAS.....	55
4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS	55

4.1.3 NARRATIVAS.....	57
4.1.3.1 Enfermeira 1	57
4.1.3.2 Enfermeira 2	64
4.1.3.3 Enfermeira 3	69
4.1.3.4 Enfermeira 4	74
4.1.3.5 Enfermeira 5	79
4.1.3.6 Enfermeira 6	87
4.1.3.7 Enfermeira 7	93
4.1.3.8 Enfermeira 8	97
4.1.3.9 Enfermeira 9	103
4.1.3.10 Enfermeira 10	114
4.1.3.11 Enfermeira 11	121
4.1.3.12 Enfermeira 12	131
4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	146
5. DISCUSSÃO	161
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	195
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	196
(TCLE).....	196
ANEXO A- CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS.....	199
ANEXO B- PARECER COMITÊ DE ETICA	200

APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Nasci em Pasto, uma cidade localizada ao sul da Colômbia. Minha vida se desenvolveu em um pequeno município chamado La Cruz, correspondente ao Estado de Nariño; aí cresci com meus pais e irmãos mais novos e estudei até terminar o ensino médio.

Em 2010 me apresentei na Universidade do Vale para o curso de Bacteriologia e Laboratório Clínico para o qual fui admitida, no entanto, não era o curso que eu queria, pois sempre quis ser enfermeira; sendo assim, quando estava finalizando o terceiro semestre daquele curso apresentei os documentos para solicitação de transferência ao curso de enfermagem para o qual fui aceita. Em 2011 comecei meus estudos no curso de enfermagem, sem dúvida esse era o lugar no qual eu queria estar.

No programa de enfermagem os alunos que vêm de outras cidades, tem um seguimento maior com a finalidade de observar o processo de adaptação na vida universitária; nesse sentido, a diretora do curso sempre estava em constante comunicação comigo; foi numa dessas conversações que ela contou para mim sua experiência em Curitiba ao realizar seu Doutorado e falou que gostaria que eu me apresentasse para realizar um intercâmbio acadêmico e fez orientações que me motivaram a fazê-lo.

No primeiro período de 2015 comecei os tramites para me apresentar na Universidade Federal do Paraná; eu estava cursando o sexto semestre do curso e o intercâmbio era para cursar a disciplina de Cuidado para a Saúde da Mulher e Pediatria; fui aceita e cheguei em julho de 2015.

Fiz o sétimo período de graduação, na disciplina de Cuidado para Saúde da Mulher e tive como campo de práticas uma maternidade pública de risco habitual em Curitiba, local em que o parto segue o modelo humanizado e o processo de cuidado focado na mulher, sendo prestados cuidados não farmacológicos para o alívio da dor e o fornecimento de um ambiente confortável, tanto para a mulher quanto para a família ou acompanhante. Essa forma de atenção fez com que me interessasse pela experiência dessas mulheres e ainda mais com o papel de atuação da enfermeira nesse processo de parto e nascimento.

A princípio não tinha ideia daquilo que vivenciaria sobre a atenção ao parto; imaginei que seria do mesmo jeito que no meu país; mas foi diferente; um cuidado centrado na mulher e sua família, respeitando as mudanças e cuidados propostos pela OMS; mudanças que eu gostaria que meu país implementasse para o cuidado da gestante, da parturiente, da puérpera e do recém-nascido; foi assim como nasceu meu interesse em desenvolver no futuro um estudo que tinha a ver com o tema de parto humanizado.

Me formei na Colômbia na Universidade do Valle, na cidade de Cali em 2017, com 25 anos de idade; posteriormente realizei um diplomado em atenção primária, trabalhei numa fundação de crianças com alteração mental e posteriormente num hospital na área de medicina interna.

Em pouco tempo surgiu a oportunidade de me apresentar para o mestrado na UFPR e imediatamente pensei em desenvolver um projeto que abordasse o tema do parto humanizado e dessa forma contribuir para o meu país de origem.

Fui admitida no curso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e no grupo de pesquisa NEPECHE, Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. Com o início das disciplinas em conjunto com as professoras da metodologia da pesquisa e a orientadora do projeto, começou-se a criá-lo conforme as normas da Universidade e seguindo os passos metodológicos estabelecidos na literatura atual.

Ao longo do tempo, com a revisão de temas nas diferentes disciplinas e ajuda da orientadora se chega ao seguinte tema: Experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na Colômbia, sendo o objeto do estudo o parto e nascimento.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de cuidado tem múltiplos significados. A Real Academia Espanhola define cuidado como ação de cuidar, assistir, proteger e manter a saúde, sendo importante ressaltar que o cuidado faz parte do ser humano desde sua criação. Na área de enfermagem há grandes teóricos como Jean Watson (2002), que define o cuidado de enfermagem como um processo ou relação terapêutica entre duas pessoas, sendo relacional e subjetivo, o que significa a existência de um intercâmbio recíproco de ações de cuidado para manter a saúde, além de um processo de doença.

Segundo a autora, o cuidado é uma característica essencial de enfermagem, sendo um tema central na atenção e ciência no seu exercício profissional, o qual faz a diferença da atenção que se presta ao usuário, cuida da vida, tendo como base realizar um cuidado holístico e atuar em diferentes campos, neste caso, no processo de parto e nascimento, quando a mulher gestante se expõe a mudanças físicas, fisiológicas e emocionais, vivencia diferentes emoções, sofrimento, ansiedade, insegurança. Entretanto a experiência para cada mulher é distinta, assim, ela precisa ser cuidada e orientada de forma individualizada e integral (WATSON, 2002).

O processo de parto e nascimento é definido como aquele momento no qual o feto e a placenta deixam o útero. Segundo UNICEF (2017, p. 10), o parto normal é aquele que se inicia de forma espontânea e ocorre via vaginal, sendo respeitado o processo fisiológico.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o parto normal é um conceito que não é universal nem está estandardizado. Nas últimas décadas houve um aumento considerável de práticas no trabalho de parto que permitem iniciar, acelerar, regular e terminar o processo fisiológico, com a finalidade de melhorar os resultados tanto para as mulheres quanto para os bebês; no entanto, um processo natural, fisiológico não deveria ter interferências no seu curso, somente quando necessário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Uma das grandes interferências no trabalho de parto é a medicalização crescente que tende a enfraquecer a capacidade da mulher de dar à luz e afeta de maneira negativa a experiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Toda mulher tem o direito a ter uma vivência do parto como uma experiência de vida significativa, um parto humanizado que se caracterize pelo respeito dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e permita que o papel da mãe, pai e filhos(as) seja de protagonismo nesse momento (PEÑA,2017).

Uma experiência positiva do parto refere-se a um desenlace transcendente para toda mulher, ou seja, que cumpre e supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, o que inclui dar à luz a um bebê saudável num ambiente seguro desde o ponto de vista clínico e psicológico, ter apoio empático e emocional contínuo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A atenção ao parto vem experimentando mudanças ao longo da história, de dar à luz em casa com a ajuda de parteiras, que eram mulheres que transmitiram o conhecimento de geração em geração, até que os cuidados começaram a ser prestados nos hospitais onde evidentemente se conseguiu diminuir significativamente as taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal. No entanto, também cresceu a tecnologia e, atualmente, o parto tem sido tratado como um processo complexo, no qual muitas vezes são feitas intervenções desnecessárias e injustificadas cientificamente para ter um resultado em curto tempo, esquecendo de tudo aquilo que afeta física e emocionalmente a mulher e quem acompanha, sendo ela o centro de atenção desse momento da vida. Assim, a medicina divide os sujeitos e separa a experiência do nascimento, o fluxo maior da vida (FLOYD,2000).

O tema cuidados para a mulher tem sido discutido durante as últimas décadas principalmente desde 1985, quando a OMS promoveu uma conferência sobre a “tecnologia apropriada para o parto” na cidade de Fortaleza/Brasil. Neste evento houve participação de outras organizações da saúde e diferentes profissionais incluindo parteiras, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores de saúde e mães. A reunião levou a OMS a propor um guia de cuidados não farmacológicos, tendo sido criadas recomendações para evitar práticas não justificadas cientificamente, dando prioridade ao cuidado no parto, para focar a atenção na mulher e garantir o cumprimento de seu direito de ser partícipe de todo o processo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996).

Em 1996, a OMS publicou um guia prático, no qual cita a enfermeira obstetra como uma profissional de valiosa importância, sendo qualificada para prestar atenção ao parto, contribuindo com a humanização da assistência (OMS, 1996).

O cuidado oferecido pela enfermeira nesse processo transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolve um cuidado atento, num momento em que o estado emocional da parturiente se torna sensível e vulnerável às condições ambientais e às relações com as pessoas ao seu redor. O papel da enfermeira é humanizar esse cuidado para a parturiente e sua família, porque é o centro de atenção num momento de transformação de sua vida, correspondendo a suas necessidades, respeitando suas particularidades e privacidade, evitando os procedimentos desnecessários impostos pelas rotinas hospitalares, além de reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher dentro de seu contexto de vida (FRELLO; CARRARO,2010).

Diferentes estudos conduzidos aleatoriamente acerca do apoio físico e emocional oferecido para a mulher durante o parto por uma pessoa seja parteira ou enfermeira mostraram que traz benefícios como de um parto mais curto, menor uso de medicação e anestesia peridural e partos menos instrumentalizados. Porém é de suma importância o fornecimento de cuidados pela enfermeira nesse processo, pois oferece constantemente apoio e reduz significativamente nas mulheres a ansiedade e a sensação de ter um parto complexo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996).

Na Colômbia, segundo foi reportado pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), 98% dos partos são atendidos em instituições de saúde, uma porcentagem que leva a pensar que a saúde do binômio mãe-filho deveria ser garantida; no entanto, as taxas de mortalidade materna continuam elevadas. Em 2011, a taxa de morte materna correspondeu a 69 para cada 100.000 nascidos vivos. Para o ano 2013, a OMS reportou 59 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, por causas que poderiam ter sido evitadas (COOMEVA EPS, 2014). Para 2017, o DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estatística) reportou uma taxa de mortalidade materna de 51,01 para cada 100.000 nascidos vivos, que evidencia um descenso significativo nos últimos anos, o que contribui para alcançar a meta em 2030 abaixo de 30,0

por c/100.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA, 2019).

Segundo UNFPA, cada dia morre uma gestante na Colômbia por fatores relacionados à gravidez, parto e pós-parto, por causas evitáveis, em sua maioria, sendo frequentes as hemorragias, infecções ou hipertensão arterial durante a gestação. Segundo os dados, as causas que estão mais relacionadas especificamente às regiões mais distantes são as condições geográficas, as quais dificultam o deslocamento, custos de transporte, como também outros fatores que se relacionam com a cultura, os costumes e a língua, gerando dificuldade na adequação dos serviços de saúde (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2018).

No Brasil, a mortalidade materna continua sendo elevada. Segundo o relatório Datasus, em 2010, foram reportadas 1.719 mortes maternas, sendo que no País as taxas são de 72,3 mortes maternas por 100.000. No entanto, durante a década de 80, houve redução da razão de mortalidade materna brasileira, sendo mantidos os valores de 1988 a 1997. Houve então um aumento por causas obstétricas indiretas, atribuídas a resultados de doenças prévias da mãe ou desenvolvidas durante a gravidez, sendo as mais frequentes hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, as causas de mortalidade materna obstétricas diretas. Essas causas resultam de complicações da gravidez, parto ou puerpério em razão das intervenções ou omissões, correspondendo a um 66,7%, sendo as mais frequentes doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, complicações do aborto e infecções puerperais (GONÇALVES et al., 2014).

As taxas de mortalidade materna no Brasil correspondem a 72,3 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Um dos últimos informes da OMS diz que o Brasil teve uma posição abaixo da meta do milênio e que nos últimos anos houve uma redução de 52%, sendo que em 1990 a taxa de mortalidade materna correspondeu a 120/100.000 nascidos vivos (NV), em 2005 correspondeu a 64/100.000 NV e em 2008 a 58/100.000 NV (GONÇALVES DIAS et al., 2014).

Os 193 países membros das Nações Unidas que compõem a Agenda de Desenvolvimento Sustentável atingem o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 3, que é assegurar uma vida saudável e promover o

bem-estar para todos (as) em todas as idades. Dentro do mesmo objetivo, existem outros, um deles é promover a saúde materna pré-natal para incrementar o número de nascimentos atendidos por profissionais qualificados. Uma das metas é reduzir a taxa de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e melhorar a saúde materna. Para isso, fazem-se necessários um acompanhamento pré-natal e um atendimento qualificado no processo de parto (ODS, 2016).

A Colômbia faz parte dos 193 países que firmaram acordo para o cumprimento do objetivo número 3 dos ODS, tendo estabelecido o projeto de parto humanizado sob a Lei no. 163, de 2017, que contém os direitos da mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto (RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO, 2017, p. 6).

Assim, este estudo teve a seguinte questão norteadora: Como é a experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento? Para tanto, este trabalho propiciou conhecer as narrativas de enfermeiras na perspectiva de cuidado à mulher no processo de parto, além de auxiliar na produção do conhecimento na Colômbia.

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A Colômbia é um país que está lutando para modificar o contexto da saúde, visando a melhorar a qualidade da atenção e os serviços que oferece; assim, desde alguns anos, vem construindo normas e políticas prioritárias para a saúde materna. Atualmente existem políticas que protegem os direitos sexuais e reprodutivos tanto da mulher quanto da sua família. No entanto, as taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal continuam elevadas por fatores atribuídos à gravidez, parto e pós-parto, causas, em sua maioria, evitáveis. O parto tornou-se praticamente institucionalizado, sendo utilizados procedimentos muitas vezes desnecessários, pois os profissionais que conduzem o parto se guiam pelas normas e rotinas hospitalares e deixam de lado a importância do parto fisiológico, a saúde física e emocional da mulher e a integralidade do cuidado, um cuidado que sempre foi dado de uma mulher para outra mulher. Neste caso, da profissional enfermeira para a mulher desde a gestação até seu término, mas esta profissional foi perdendo sua atuação na

área, sendo a enfermeira a profissional que tem conhecimento e capacidade para prestar o cuidado direto à gestante de baixo risco e na atenção ao parto. Nesse sentido, é clara a importância de reconhecer o papel que tem a enfermeira nesse processo e os benefícios no binômio mãe-filho (a).

1.2 OBJETIVO

Descrever a experiência das enfermeiras no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na Colômbia.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela necessidade de compreender as experiências das enfermeiras que atuam na área obstétrica no atendimento à mulher no processo de parto e nascimento na Colômbia, no sentido de contribuir para que a enfermeira adquira maior autonomia no que concerne à sua participação como profissional ou especialista na área da obstetrícia, além de se envolver amplamente na atenção ao parto natural.

Este estudo ainda poderá contribuir para aumentar a visibilidade relacionada aos benefícios do binômio mãe-filho (a), segundo evidências científicas observadas em outros países em relação ao parto humanizado e à importância do cuidado oferecido pela enfermeira nesse processo.

2 REVISÃO DE LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO

Os tópicos que compuseram esta revisão foram: Processo histórico de atenção ao parto e nascimento no mundo e no Brasil; Modelos de atenção ao parto; História e evolução da enfermeira na Colômbia; Legislação em saúde para o atendimento à mulher na Colômbia; e a Importância da enfermeira na assistência ao parto.

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNDO E NO BRASIL

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois eram as parteiras que realizavam essa prática de cuidado à parturiente. “Parteira” foi o primeiro conceito atribuído à mulher que atendia o parto. Surgiu da experiência de “estar com a mulher”, acompanhando-a nesse processo como um ato de cuidado e compaixão (OPAS; OMS; CLAP/SMR, 2014).

Em todos os tempos ao longo da história, das culturas, das civilizações, sempre, foi registrada presença de mulheres que ajudaram outras mulheres em trabalho de parto, na realização de cuidados para diminuir a dor e na atenção ao recém-nascido. Por consequência, elas foram evoluindo suas práticas desde a concepção de crenças influenciadas por questões religiosas, místicas e culturais até se aproximar do conhecimento científico. Aquele conhecimento era transmitido de uma mulher de mais idade e com experiência nessa prática para outra mulher, de geração em geração, comumente de mães para filhas, por meio do acompanhamento e da explicação dos cuidados para a mulher grávida, em trabalho de parto, parto, puerpério e para o recém-nascido. Nesse sentido, as pessoas as chamavam de mulheres sábias. Desde então, a história das parteiras se relaciona fortemente com a obstetrícia, com as práticas e cuidados para com a saúde da mulher, o que significa que o cuidado faz parte de nossa herança (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

A relação estabelecida entre as parteiras e as parturientes possibilitava troca de conhecimentos e descobrimento de afinidades, sendo que o ato de parir ocorria no próprio domicílio da mulher, devidamente preparado para o evento. Uma das manifestações mais reveladas pelas mulheres era que a presença masculina durante a parturição as incomodava (MOURA et al., 2007). Geralmente os homens eram excluídos no momento do parto; havia algumas exceções, mas as mulheres eram ensinadas a não exhibir sua genitália, porém, no momento do parto e nascimento, sua exposição era necessária (GUALDA et al., 2017).

A história das parteiras remonta ao início das civilizações e das sociedades em geral, e seu papel principal sempre foi ajudar no fornecimento de cuidados para a mulher no processo de parto e nascimento. Durante vários séculos seu agir se baseava nas áreas rurais, essencialmente nos conhecimentos tradicionais da arte de partejar, sem ter uma educação formal, convertendo aquilo que sabiam em ações humanas, pois não existia um manual de cuidados, simplesmente acontecia (HISTÓRIA, 2010).

As mulheres pariam agachadas, em pé, de joelhos, apoiadas no colo da pessoa que a auxiliava ou em dois blocos de pedras. Essas posições foram mantidas por muito tempo em função de sua efetividade no conceito de ser um processo natural, que devia acontecer seguindo sua natureza (GUALDA et al., 2017).

A partir do século XVIII é iniciado na Europa o processo de medicalização e institucionalização do parto, fato que favoreceu o corpo médico para a atenção da mulher nesse processo, afastando as parteiras rapidamente daquilo que sempre foi desenvolvido por elas (GAINZA; LABASTIE; ALEMAN, 2013).

Nessa época, houve uma mudança na filosofia tradicional do parto, pois o corpo médico tinha a ideia de que, além das leis da natureza que regulavam o processo do parto, havia também as bases anatômicas e fisiológicas; nesse sentido, tanto o parto como as doenças decorrentes desse processo passaram a ser entendidos dentro do conceito de fisiopatologia (GUALDA et al., 2017).

Nesse mesmo século, com a chegada da era industrial nas sociedades ocidentais, o modelo tradicional de atenção ao parto começou a se transformar,

chegando a se configurar na atualidade, na maioria dos países, num modelo hospitalizado, centrado na tecnologia (ALEMAN, 2013).

No século XX, década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, contribuindo para o incremento da medicalização e para o controle do período gravídico-puerperal. Assim o parto passou de um acontecimento exclusivamente familiar e privado a um acontecimento público nas instituições de saúde, com a presença de vários atores, e a mulher deixou de ser protagonista do processo parturição (MOURA et al., 2007).

Nos Estados Unidos, a atividade das parteiras foi praticamente proibida. O domínio masculino no campo da saúde foi crescendo e a porcentagem das mulheres foi diminuindo, mas a atividade das parteiras continuou próspera na Escandinávia, Holanda, Inglaterra e outros países. O único trabalho permitido para elas foi o papel de enfermeiras, tendo em conta que quando atuavam como parteiras e sanadoras ninguém podia substituir seu agir (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Com a medicalização do parto, as mulheres perderam sua privacidade e autonomia, foram separadas da família, submetidas a normas, rotinas institucionais e práticas intervencionistas sem ter sido explicado previamente para elas seu significado e sem obter seu consentimento, práticas que se justificavam em uma aparente segurança oferecida tanto para elas quanto para seus recém-nascidos. O parto passou a ser vivenciado como um acontecimento de intenso sofrimento físico e moral. A dor e as sensações emocionais como o medo e tensão impediam que o processo fisiológico do parto natural acontecesse, e causas que provocaram o incremento de práticas intervencionistas poderiam ser evitadas (MOURA et al., 2007).

Em 1910, cerca de 50% dos bebês nasciam com a ajuda de uma parteira, a maioria delas era de raça negra ou de obreiras imigrantes, e isso era uma situação intolerante para a nova especialidade de obstetrícia. Toda mulher em situação de pobreza se reunia a uma parteira empírica, isso significava outro caso perdido para a docência e a investigação. O pouco material de investigação obstétrica que ofereciam às classes pobres estadunidenses era “desperdiçado em mãos das ignorantes parteiras”; além disso, as mulheres pobres gastavam cerca de 5 milhões de dólares anuais em parteiras, o que poderia ter sido gasto com profissionais (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Oficialmente as obstetras atacaram as parteiras em nome da ciência e das reformas. As parteiras foram ridicularizadas, foram tidas como pessoas sujas, ignorantes e incompetentes. Foi atribuída a elas a responsabilidade pela ampla difusão de septicemias puerperais (infecções uterinas pós-parto) e pelas oftalmias neonatais. Essas alterações podiam ser prevenidas facilmente com técnicas acessíveis como a limpeza das mãos e o colírio para a oftalmia, no entanto a saúde pública não teve em conta o trabalho que elas exerciam para que fossem parte da equipe, não as capacitou para evitar esse tipo de problemas na saúde da mulher e do recém-nascido (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Na Inglaterra, Alemanha e na maioria das nações europeias as parteiras receberam a formação necessária e chegaram a ser reconhecidas como profissionais independentes (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Johns Hopkins, empresário e professor dos Estados Unidos, relatou em seu estudo que os médicos do seu País não estavam interessados em melhorar os tratamentos obstétricos, tendo ressaltado que a maioria deles eram menos competentes que as parteiras. Este estudo destacou que os médicos não só eram pouco confiáveis na prevenção das septicemias e as oftalmias, mas também que eram propensos a utilizar procedimentos cirúrgicos prejudiciais para a mãe e o recém-nascido, mas eles tinham o poder e elas não. Com a pressão dos médicos profissionais, foram aprovadas leis que não só permitiam que os médicos atuassem na área obstétrica, mas que também anulavam a atuação das parteiras na assistência nessa área (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

A única possibilidade para as mulheres atuarem na área da saúde era como enfermeiras. Nessa época, a profissão não existia como ocupação remunerada. A atividade surgiu como profissão no início de século XIX. Chamava-se de enfermeira a mulher que assistia outra pessoa em qualquer etapa do ciclo vital. Os hospitais contavam com suas próprias enfermeiras, que tinham uma reputação ruim, pois eram propensas à bebida, a roubos e à prostituição. Por conta disso, era preciso mudar a imagem (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

A enfermeira Florence Nightingale introduziu essa mudança nos hospitais durante a guerra civil norte-americana, melhorando as condições

sanitárias dos hospitais de campo, levando as enfermeiras a assistir de forma desinteressada os feridos. Após a guerra, foi iniciada a criação de escolas de enfermagem nos Estados Unidos, com ênfase na formação do caráter, não na habilidade, além de oferecer obediência absoluta ao médico. No entanto, anos depois, insistiu-se que as enfermeiras não precisavam de um título, pois eram enfermeiras por natureza e vocação (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Antes de ser posicionada a profissão de enfermagem por Nightengale as mulheres tinham prestígio e reconhecimento por sua dedicação no cuidado à mulher no processo de parto e na atenção ao recém-nascido (GUALDA et al., 2017).

Na Colômbia, o parto tem sido atendido de duas formas: hospitalar e o tradicional, que é assistido pelas parteiras. A história das parteiras remonta aproximadamente ao século XVII, sendo utilizado o nome de parteira ou “comadrona” pelos médicos, de uma forma depreciativa, para aquelas mulheres que praticavam a obstetrícia no ato de assistir outra mulher no processo gestação, parto e puerpério (VÁSQUEZ, 2012).

As parteiras geralmente tinham acima de 55 anos, tempo que conviviam na sua comunidade e adquiriam o conhecimento ancestral e familiar da arte de partejar, aproximadamente começavam a conhecê-la a partir dos 19 anos através da observação e a prática empírica (VÁSQUEZ, 2012).

Na segunda metade do século XIX, as mulheres que exerciam essa prática eram chamadas de parteiras, enquanto aquelas que tinham uma orientação teórica pelo corpo médico e tinham licença para exercer sua profissão foram chamadas de “comadronas” (VÁSQUEZ, 2012).

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o programa de educação formal para parteiras como estratégia para ampliar a cobertura de atenção para as gestantes em zonas rurais e diminuir as taxas de morbimortalidade materna perinatal (VÁSQUEZ, 2012).

A maioria das zonas rurais da Colômbia ainda tem parteiras tradicionais que cuidam e assistem a mulher em processo de parto e nascimento, como os indígenas Wayúu, na Amazonía, na Orinoquía, no Cauca, Valle, Chocó. A partir de 2016, as parteiras das comunidades Afro do Pacífico foram declaradas Patrimônio Imaterial da Nação pelo Ministério da Cultura, reconhecidas por seu trabalho na atenção à mulher no âmbito familiar e

privativo do processo de parto, além de prestarem um serviço mais humanizado (FUNDACIÓN ACTIVOS CULTURALES ACUA; PACHECO, 2016).

As parteiras, no entanto, estão se extinguindo e continuam atuando devido à falta de cobertura de atenção que presta o Sistema de Saúde nas zonas rurais, pois a maioria dos partos atualmente são atendidos institucionalmente (VÁSQUEZ, 2012).

No Brasil, a primeira parteira a receber licença para exercer o ofício foi Maria Josefina Matilde Durocher, mais conhecida como Madame Durocher, em 1871. Ela se tornou parteira da Casa Imperial, onde assistia desde mulheres escravas até princesas, atendendo mais de 5.500 partos (COREN, 2016).

Em 1832, começaram no Brasil os ensinamentos da Obstetrícia, primeiramente denominados como Curso de Partos, os quais eram ministrados em faculdades de medicina em conjunto com os programas de medicina e farmácia. Ao longo de 90 anos, surgiu o ensino de enfermagem, sendo colocada no currículo a arte da enfermagem em obstetrícia e ginecologia (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010, v. 8, p. 241).

Uma das grandes historiadoras do Brasil, Maria Lúcia Mott, que sempre esteve comprometida com o conhecimento histórico, realizou uma pesquisa relacionada ao parto e à arte de partejar. Ela relata que no Estado de São Paulo, na década de 1980, a classe médica teve uma discussão sobre a necessidade de regulamentar o exercício profissional de farmacêuticos, dentistas e parteiras, tendo este regulamento sido aprovado em 1986. Posteriormente, para sua habilitação, exigia-se que as parteiras tivessem um conhecimento teórico aprovado e reconhecido pelo saber médico. Em 1902, na Escola Livre de Farmácia, foi criado o curso de obstetrícia (MOTT, 2001).

A partir do ano 1998 o Ministério da Saúde passou a qualificar enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal com a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para a inclusão de parto normal assistido por enfermeira obstetra (MOURA et al., 2007).

2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO

O sistema de saúde, segundo Davis Floyd, incorpora os preconceitos e as crenças da sociedade que o criou. Os valores fundamentais da sociedade ocidental foram fortemente orientados pela ciência, pela tecnologia, economia e pelas instituições patriarcais. Na modernidade, a medicina ocidental passou a ver o corpo como uma máquina e o médico como mecânico. Durante os últimos vinte anos, as rotinas e procedimentos demonstraram que têm pouco embasamento científico, e continuam sendo realizados não pelo sentido médico, mas, sim, pelo sentido cultural (INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH, 2000).

Davis Floyd diz que na atualidade os cuidados que afetam o parto são organizados em três modelos de atenção obstétrica: modelo tecnocrático, o humanizado e holístico. Cada um deles tem uma definição diferente para a relação mente e corpo, estruturando, portanto, à sua maneira o enfoque do cuidado sanitário (FLOYD,2001).

A autora diz que o Modelo Tecnocrático se refere ao conceito principal de separação. Esse princípio estipula que as coisas são mais bem atendidas fora de seu contexto, ou seja, separadas dos objetos e das coisas que os relacionam (FLOYD,2001). A medicina divide continuamente os sujeitos em partes, nesse sentido, separa a experiência do nascimento, que é o fluxo maior da vida, separando o corpo da mente humana. O corpo representa um conceito profundo para nossa sociedade, uma vez que é a criação maior da natureza e o centro de atenção da cultura, porém ela ressalta uma expressão dizendo “sendo uma criação da natureza, é possível separar-nos dela? A idade moderna, com seus filósofos, separou mente e corpo, aparentemente igualitários (INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH, 2000).

Um exemplo comparativo do parto com a tecnologia explica como o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo industrial. Dessa forma, o parto é considerado o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero (INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH, 2000).

O Modelo Humanizado surgiu pela alta demanda de tecnologia na medicina, que gerou discussões e debates. Esse conceito nasceu como um esforço propiciado pelas enfermeiras e médicos que trabalhavam dentro do sistema médico para reformá-lo desde o interior. Os humanistas desejam humanizar a tecnomedicina para que seja relacional, orientada ao indivíduo num sentido compassivo e sensível (FLOYD, 2001), mas mantendo a conexão entre mente e corpo, definindo corpo como um organismo (ALEMAN, 2013).

Definir o corpo como um organismo implica o desenvolvimento de uma série de tratamentos que podem ser irrelevantes para uma máquina, mas que têm muita importância para um organismo. Diferentemente de uma máquina, um organismo mamífero sente dor e responde emocionalmente a interações com outros e a mudanças em seu meio, a maioria deles respondendo emocionalmente ao consolo de uma carícia. Nesse sentido, é importante ressaltar que a cura para um organismo tem a ver com a amabilidade, o tato e o carinho. Estas dimensões cobram sentido para o cuidado das parturientes, desde a maneira como são tratadas no trabalho de parto em relação às necessidades da mulher e do bebê de permanecerem juntos depois do nascimento (FLOYD, 2001).

A humanização se conceitua como elemento central para a construção de uma sociedade sustentável. O centro da atenção é a mulher em processo de parto, não os profissionais da saúde (parteiras, médicos, enfermeiras e assistentes), reforçando o papel fundamental dessa equipe na hora de fortalecer os laços da mulher grávida com sua própria vivência e força interna. Este modelo é caracterizado pelo respeito às mulheres, que podem fazer suas escolhas, sendo uma delas o lugar de nascimento do bebê, pois a humanização é compatível com o parto nos hospitais, em casas de parto e nos domicílios das próprias mulheres (GAINZA; LABASTIE; ALEMAN, 2013).

Finalmente, para Davis Floyd, o Modelo Holístico engloba a mais ampla variedade de enfoques, que vão desde a terapia nutricional até as modalidades curativas tradicionais como a medicina chinesa, passando por vários métodos que afetam a energia pessoal; com frequência o modelo exige dos indivíduos que sejam ativos e pede que façam grandes modificações em seus estilos de vida (FLOYD, 2001).

Este conceito integra a unidade de corpo, mente e espírito e concebe o corpo como um campo de energia em interação contínua com outros campos de energia (ALEMAN, 2013), sendo o estado emocional e psicológico da puérpera um aspecto essencial dos cuidados. A mulher é responsável por sua saúde e bem-estar, e a tecnologia e a ciência estão à sua disposição, mas não são muito utilizadas, havendo várias modalidades de intervenção, como homeopatia, acupuntura e hidroterapia, entre outras (MUJICA; TORRES; MEJÍAS, 2011).

Nesse sentido, o conceito de holístico foi adotado para explicar sua inclusão de mente, corpo, emoções, espírito e ambiente do paciente no processo de melhoramento da saúde. Esse modelo ressalta a organização do corpo feminino, o caráter rítmico do trabalho de parto, a integridade da família e autorresponsabilidade (ALEMAN, 2013).

2.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ENFERMEIRA NA COLÔMBIA

A história da enfermeira na Colômbia foi exposta por documentos de pesquisas realizadas por Velandia Mora, enfermeira e professora da Universidade Nacional, que faz pesquisa histórica em enfermagem e expõe isso na literatura científica.

Durante a época colonial e da independência até 1810, apareceram diferentes epidemias trazidas pelos espanhóis, como tuberculose, sífilis e varicela. Essa foi a razão para a criação de hospitais unicamente para o atendimento dessas doenças. Quem realizava os cuidados eram as ordens religiosas, entre elas, a dos dominicanos, franciscanos, jesuítas, que, junto com os médicos, também atendiam indígenas e crioulos, em que se mesclava a saúde com questões religiosas (VELANDIA, 2009).

O início da enfermagem na Colômbia foi atribuído à chegada em 1857 das religiosas conhecidas como “Irmãs da Caridade da Apresentação”, provenientes da França, as quais assumiram a administração e a direção do cuidado do Hospital San Juan de Deus em Bogotá (VELANDIA, 1993). Assim, a enfermagem na Colômbia teve início com influência religiosa. Depois de alguns anos, foi iniciado o preparo das primeiras enfermeiras no país,

principalmente em Bogotá e Cartagena. Aqueles que iniciaram o ensino foram médicos e enfermeiras estrangeiras, mas o ensino era somente para mulheres (VELANDIA, 2009).

Um médico chamado Rafael Calvo Castanho preparava as enfermeiras em Cartagena de forma empírica, com o objetivo de serem colaboradoras de seu trabalho. Posteriormente, com ajuda do Doutor Teofrasto Tates, membro da Faculdade de Medicina da Universidade de Cartagena, começou-se a outorgar diplomas com o título de enfermeiras. Assim, nasceram os primeiros cursos de enfermagem e, cinco anos depois, em 1911, em Bogotá, o Doutor José Ignacio Barbere criou o primeiro curso de enfermagem prática no hospital da Misericórdia, com duração de quatro anos de formação (VELANDIA, 2009).

Em 1913 foi promulgada a Lei 33, que criou o Conselho Superior de Sanidade. No ano seguinte, foi lançado o primeiro livro de enfermagem por José Ignacio Barbere, com o título “Manual para enfermeiras”. Nesse mesmo ano, chegaram a Antioquia os primeiros ensinamentos sobre a enfermagem, graças ao Doutor Miguel Maria Calle. Em 1915, foram formadas seis mulheres enfermeiras com o título de idoneidade em medicina e enfermagem. Em 1917, a Escola de Comércio e Professorado para Mulheres outorgou o título de enfermeira a nove mulheres no Hospital San Juan de Deus (VELANDIA, 2009).

Em 1920, o Congresso expediu a Lei 39, que autorizava o ensino de enfermagem na Universidade Nacional de Colômbia. Posteriormente, em 1924, em Cartagena, foi fundada formalmente a Escola de Parteiras e Enfermeiras do Hospital de Santa Clara, uma iniciativa da Universidade Nacional. Ao mesmo tempo, a Universidade de Cartagena e o Doutor Teofrasto Tates, membro da Faculdade de Medicina, iniciam o treinamento de enfermeiras parteiras como um curso profissional (VELANDIA, 2009).

Em 1925, a Lei 39 estabeleceu o ensino de “comadronas” e enfermeiras da Faculdade Nacional de Medicina. Posteriormente, se dá a criação de várias escolas de enfermagem públicas e privadas em Bogotá (VELANDIA, 2009).

Em 1935, com a reforma da Universidade Nacional de Colômbia, as mulheres passaram a ser aceitas nas universidades. No mesmo ano, o presidente da Cruz Vermelha Colombiana Jorge Cavalier Jiménez fundou a

Escola de Enfermeiras sob influência do modelo americano (3 anos teórico-práticos e apresentação de teses).

Em 1945, é fundada a Universidade do Valle em Cali, a qual se inicia com seis cursos, um deles outorgou o título de enfermeiras hospitalares com uma duração acadêmica de três anos (CANAVAL; CASTILLO; OSORIO, 2011)

Em 1946 já existiam na Colômbia duas categorias de enfermagem: enfermagem profissional, que abarca os cuidados autônomos prestados aos indivíduos, famílias e comunidades doentes e saudáveis em todos os contextos em relação à promoção da saúde e prevenção da doença, e auxiliar de enfermagem, com a função de proporcionar os cuidados auxiliares aos pacientes, atuando sobre as condições sanitárias (VELANDIA, 2009).

Em 1958 é modificada a duração do curso de enfermagem para quatro anos, equivalentes a oito semestres acadêmicos. Em 1960, se dá a incorporação de educação da enfermagem ao sistema universitário, sendo denominada Licenciatura em Ciências de Enfermagem, tendo sido organizados cursos complementares para preparar as enfermeiras que, nessa época, eram chamadas de enfermeiras gerais (VELANDIA, 2009).

Em 1966 foi criada a primeira revista de enfermagem no país, a ANEC, órgão oficial de comunicação das enfermeiras do país. Também foram iniciadas as primeiras pós-graduações pela Universidade do Valle, em Psiquiatria, Saúde Mental e Materno-Infantil, Médico – Cirúrgica, acreditadas pela Associação Colombiana de Universidades (VELANDIA, 2009; CANAVAL; CASTILLO; OSORIO, 2011).

Em 1968, nasce Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem (ACOFAEN), procurando afirmar a atividade como profissão essencial para o cuidado da saúde e regulação profissional (VELANDIA, 2009).

Em 1975, houve crescimento de instituições de educação superior, novos programas de enfermagem, principalmente no nível tecnológico, cinco anos depois, construiu-se o programa de especialização em enfermagem na Universidade Nacional da Colômbia (VELANDIA, 2009).

No ano 1996 foi editada a Lei 266, que estipula e especifica o objetivo da profissão de enfermagem, suas funções e seus direitos.

Em 1999 o Ministério de Saúde estabeleceu a Resolução 1830, de 1999, pela qual foram adotadas pela Colômbia as codificações únicas de

especialidades em saúde para o Sistema Integral de informação do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), adotando a codificação 051 de Enfermeira Especialista em Materno Perinatal (MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA, 1999).

A especialização de Enfermagem em Materno-Infantil iniciou-se como programa na Universidade do Valle em 1967, acreditada pela Associação Colombiana de Universidades e aprovada pelo Acordo 25, de 2 de julho de 1965, emitida pelo Ministério de Educação, mediante Resolução 2592, de 1965 (CANAVAL; CASTILLO; OSORIO, 2011).

Foi iniciada a formação de enfermeiras obstétricas com a finalidade de preparar expertas clínicas, líderes em docência e serviço na área materno-infantil. Esta formação foi oferecida até o ano 1977 com o apoio da OPS e o Ministério da Saúde, através do Centro Latino-Americano de Docência e Investigação em Enfermagem Materno-Infantil. Contou ainda com o apoio da Fundação Rockefeller e da Fundação Kellogg– WKKF em nome ao criador William Keith Kellogg, que atua em função de donativos, nos âmbitos clínicos do exercício profissional por meio do Programa PRODEN (Projeto de Desenvolvimento em Enfermagem), o qual consistiu em uma proposta de educação continuada conforme as necessidades da população profissional, para enfermeiras de docência e serviço do Sul Ocidente Colombiano (CANAVAL; CASTILLO; OSORIO, 2011).

Atualmente a Universidade do Valle oferece especialização em Materno Perinatal com duração de 3 semestres e 22 semanas e um plano de estudos equivalente a 30 créditos em disciplinas e 1.440 horas de trabalho acadêmico (CANAVAL; CASTILLO; OSORIO, 2011).

Em 2001 a Lei de Enfermagem estabeleceu o Tribunal Nacional de Ética de Enfermagem, conformado por enfermeiras e autorizado para adotar o código de ética de enfermagem, sendo sua função promover o exercício profissional dentro de fundamentos de qualidade e ética sustentados no conhecimento teórico, científico e tecnológico da enfermagem (VELANDIA, 2009).

Finalmente, no ano 2004, foi criada a Lei 911, que é o Código Deontológico da Enfermagem (VELANDIA, 2009), pelo qual são ditadas as disposições em matéria de responsabilidade deontológica para o exercício da

profissão de Enfermagem na Colômbia e se estabelece o regime disciplinar, entre outras disposições. A lei contém 5 títulos, 6 capítulos e 74 artigos. Os títulos são os seguintes: 1) Dos princípios e valores éticos do ato de cuidado de enfermagem; 2) Fundamentos deontológicos do exercício da enfermagem; 3) Responsabilidades do profissional de enfermagem na prática; 4) Dos tribunais éticos de enfermagem, e 5) Do processo deontológico disciplinaria profissional (COLOMBIA, 2004).

Em 2010 havia 54 programas nacionais de graduação em Enfermagem, com aproximadamente 2.500 profissionais formados anualmente, com um total estimado de 40.000 enfermeiros (as) no país (ANEC, 2010).

Em 2017, na Colômbia, havia 55 programas de Enfermagem, egressos anuais no período de 2001-2017 entre 1699 e 4073, para um total de profissionais enfermeiros nesse mesmo período de 49.865 e 191 correspondentes a tecnólogos de enfermagem (COLOMBIA, 2019).

2.4 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE PARA O ATENDIMENTO À MULHER NA COLÔMBIA

Ao longo da história da Colômbia, têm sido estabelecidas políticas dirigidas a proteger a mulher que favorecem a aquisição de autonomia e o respeito dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, no entanto, ainda existem barreiras quanto ao atendimento em saúde e qualidade na atenção.

Existe um ente regulador das políticas nacionais para as mulheres, o Aconselhamento Presidencial para a Equidade da Mulher (CPEM), que tem a função de estruturá-las, mas ainda não conseguiu cumprir os objetivos propostos, sendo uma das causas a falta de recursos humanos e econômicos (RESPUESTA, 2009).

Uma das maiores mudanças no Sistema de Saúde da Colômbia foi introduzido em 1993 pela Lei 100, de 1993, que ainda continua vigendo, quando foi criado o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) e ditadas outras disposições (DIARIO OFICIAL NO. 41.148 DE 23 DE DICIEMBRE DE 1993, 1993, p. 1).

O SGSSS, segundo o Congresso da Republica da Colômbia, é o conjunto de instituições, normas e procedimentos dos quais dispõem uma pessoa e a comunidade para gozar de uma qualidade de vida, mediante o cumprimento progressivo de planos e programas que o Estado e a sociedade desenvolvem para garantir a cobertura integral das contingências, especialmente das que prejudicam a saúde e a capacidade econômica dos habitantes do território nacional, com a finalidade de alcançar o bem-estar individual e a integração da comunidade (DIARIO OFICIAL NO. 41.148 DE 23 DE DICIEMBRE DE 1993, 1993, p. 1). De acordo com a lei 100, ele é composto pelos sistemas de pensão, saúde e riscos laborais e serviços sociais complementares (DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2019).

A implementação da Lei 100/93 trouxe aspectos positivos e negativos que impactam o contexto de saúde do País. Um dos benefícios tem sido garantir um SGSSS universal e obrigatório com a finalidade de corrigir defeitos do anterior modelo de saúde representados pela equidade da atenção em saúde, baixa cobertura e deficiência da prestação dos serviços. Trata-se de um modelo baseado na qualidade científica e técnica sob os princípios de eficiência e eficácia, liberdade do usuário de fazer escolha da Entidade Promotora de Saúde (EPS) e se filiar a ela, cobrir a pobreza absoluta pelo sistema, entre outras (SILVA, 2005).

Um aspecto positivo muito importante foi a atenção materno-infantil estipulada no artigo número 166 da lei, que estabelece o Plano obrigatório de saúde para as mulheres em estado de gravidez, o qual cobre os serviços do pré-natal, atenção do parto, controle do pós-parto e atenção das afecções relacionadas diretamente com o aleitamento materno. Para a criança menor de um ano, garante a educação, informação e fomento da saúde e aleitamento materno, vigilância do crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças, incluindo a imunização, atenção ambulatoria, hospitalar e de urgências e medicamentos essenciais conforme previsto na lei (DIARIO OFICIAL NO. 41.148 DE 23 DE DICIEMBRE DE 1993, 1993, p. 1).

Com essa lei, no entanto, a saúde da Colômbia é comercializada, tendo a promoção da saúde sido convertida em um negócio, sendo o principal foco a pessoa doente, vista como cliente de uma empresa à qual está filiada. Assim, o tempo de atenção na consulta ao usuário é limitado porque a importância está

na quantidade de pacientes atendidos, não na qualidade da atenção; nesse sentido se deteriorou a relação do profissional da saúde com o usuário, por não ser visto na sua integralidade (SILVA, [2005]).

No período de 2002-2006, vigorou a política “Mulheres construtoras de paz e desenvolvimento”, política que foi incorporada ao Plano de Desenvolvimento como compromisso do governo de criar um plano de igualdade e equidade entre homens e mulheres. Esta política foi caracterizada por ações de baixo impacto tanto no investimento quanto na quantidade de beneficiárias. Entre as deficiências mais destacadas desta política, verificou-se ausência de um enfoque de direitos e do reconhecimento das especificidades das mulheres colombianas. Essa ausência afetou a autonomia e o atuar da mulher na sociedade, principalmente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (RESPUESTA, 2009).

Nesse mesmo período, foi apresentada a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), que nasceu do sonho de Juan Luís Londoño da Cuesta, que foi ministro de proteção social na Colômbia. Essa Política Nacional foi criada com a finalidade de dar solução aos problemas mais sérios do País, contribuindo com o desenvolvimento individual e social (COLOMBIA, 2003).

A política de SSR foi composta por seis linhas de ação: maternidade segura; planejamento familiar; saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes; câncer de colo do útero; infecções de transmissão sexual (ITS) HIV/SIDA; e violência doméstica e sexual (COLOMBIA, 2003).

No que se refere à maternidade segura, ela foi composta por seis estratégias: 1) Promoção da maternidade segura; 2) Coordenação intersetorial e interinstitucional; 3) Fortalecimento da gestão institucional; 4) Fortalecimento da participação; 5) Potencialização das redes sociais de apoio; e 6) Desenvolvimento da pesquisa. Essas ações foram idealizadas para garantir à mulher um processo de gestação saudável e melhores condições para o recém-nascido. Para cumprir esse ideal, foi proposto fornecer uma atenção adequada e oportuna, desde a etapa preconcepcional, durante a gestação, parto e puerpério, além de abordar os riscos associados à maternidade na mulher e filho (a), e oferecer tratamento às complicações decorrentes de

fatores biopsicossociais que pudessem surgir nesse período (COLOMBIA, 2003).

A meta desta linha era reduzir em 50% a taxa nacional de mortalidade materna evitável, melhorar a cobertura e a qualidade de atenção institucional da gestação, parto e puerpério e suas complicações, fortalecer as ações de vigilância, prevenção e atenção da mortalidade materna e perinatal (COLOMBIA, 2003).

Atualmente, na Colômbia, está em vigência a Política de saúde sexual de reprodutiva, intitulada “Política Nacional de Sexualidade, Direitos Sexuais e Reprodutivos”, a partir de 2014. Esta política visa a garantir a saúde integral, sexual e reprodutiva das pessoas, indistintamente, e prestar um serviço de qualidade, humanizado, digno e individualizado, beneficiando e garantindo os direitos das mulheres gestantes, com fortalecimento do recurso humano que atua na área de saúde sexual e reprodutiva, nos serviços pré-concepcionais, anticoncepção, interrupção voluntária da gravidez, consulta pré-natal, parto e pós-parto, detecção precoce da infecções de transmissão sexual VIH/AIDS e violência sexual (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL et al., 2014).

Em 2000 foi adotada na Colômbia a Resolução 412, que estabelece atividades, procedimentos e intervenções de demanda induzida de obrigatório cumprimento, tendo sido adotadas normas técnicas e guias de atenção para o desenvolvimento de ações de proteção específica e detecção precoce e atenção a doenças de interesse em saúde pública (COLOMBIA, 2000).

Uma das normas técnicas de Proteção específica é a Norma Técnica de Atenção ao Parto, composta por atividades, procedimentos e intervenções para a assistência a mulheres gestantes nos processos fisiológicos e dinâmicos do trabalho de parto, expulsão do feto vivo ou morto, com 20 ou mais semanas de gestação, nascimento e puerpério imediato. A norma tem como objetivo principal diminuir os riscos de doença e morte da mulher e do produto da gestação e otimizar seu prognóstico pela oportuna e adequada atenção intra-hospitalar do parto. Esta norma tem passo a passo todas as ações de cuidado que devem ser feitas desde o momento da admissão da mulher em trabalho de

parto até sua saída com o recém-nascido (RAMIREZ, V. G.; GARCÍA, M. A. B.; LIMAS, C. A. S, 2000).

Com a Resolução 412 de 2000, no entanto, em conformidade com a lei 100 de 1993, se exclui o profissional de enfermagem da atenção direta do parto de baixo risco, sendo de total responsabilidade do médico, sendo que a enfermeira passa a assisti-lo, como estabelecido na Norma técnica para a atenção do parto (REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, 2000).

Atualmente está em trâmite no Congresso o projeto de lei nº 163, de 2017, em que são estabelecidos os direitos da mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto e ditadas outras disposições. A proposta é conhecida também como “lei do parto humanizado”. Essa lei deve ser aplicada a todo o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), Empresas Promotoras de Saúde (EPS), Instituições Prestadoras de Serviços, entre outros. Esta iniciativa é uma medida de compromisso com os objetivos de desenvolvimento sustentável no que se refere ao objetivo número três previsto no projeto de lei, que é “Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas em todas as idades” (COLOMBIA, 2017).

Quadro 1 NORMATIVAS PARA ATENDIMENTO À MULHER

ANO	POLÍTICA PÚBLICA	DESCRIÇÃO
1993	Lei 100, de 1993 Art. 166 “Atenção Materno infantil”	Pela qual, é adotado o Plano Obrigatório de Saúde para as mulheres grávidas com cobertura dos serviços de pré-natal, atenção do parto e atenção das alterações relacionadas com o aleitamento materno”
2000	Resolução 412, de 2000 “Norma Técnica de Atenção ao Parto”.	“Pela qual, são estabelecidas as atividades, procedimentos e intervenções de demanda induzida e obrigatório cumprimento e adotadas as normas técnicas e guias de atenção para o desenvolvimento das ações de proteção específica e detecção precoce e atenção a doenças de interesse em saúde pública”.
2002-2006	Política Mulheres Construtoras de Paz e Desenvolvimento	Plano de igualdade e equidade entre homens e mulheres.

2003-2006	Política de Saúde Sexual e Reprodutiva	Linhas de ação: -Maternidade segura, -Planejamento familiar, -Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, - Câncer de colo do útero, -Infecções de transmissão sexual (ITS) HIV/SIDA, -Violência doméstica e sexual.
2014-2021	Política Nacional de Sexualidade, Direitos Sexuais e Reprodutivos	“Garante os direitos sexuais e reprodutivos para o bem-estar de todas as pessoas, entendendo a sexualidade como um aspecto positivo e oportuno para o desenvolvimento das pessoas, em que os valores liberdade, igualdade e respeito sejam orientados a salvaguardar a dignidade humana”.
2017	Projeto de lei no 163, de 2017 “Lei do Parto Humanizado”	“Por meio do qual, são estabelecidos os direitos da mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto e ditadas outras disposições”.

2.5 IMPORTÂNCIA DA ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

A humanização na atenção da saúde constitui um foco de interesse social, transformando-se em uma estratégia que permite incrementar o bem-estar dos usuários. Na saúde da mulher, o cuidado humanizado tem essencial importância na atenção ao parto, porque é um momento de vulnerabilidade tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, e um bom cuidado se constitui como elemento chave na percepção de satisfação e bem-estar da mulher.

A gravidez, parto e nascimento se constituem em uma experiência para a mulher que fica marcada na sua memória pelo resto da vida, um acontecimento que precisa de atenção, cuidado e amor durante a assistência. Nesse sentido, o conceito de cuidado é amplo, englobando significados como estar perto da pessoa cuidada, responder a suas necessidades, respeitar sua privacidade e independência. Para isso, é importante estabelecer uma boa relação, fundamentada no diálogo e na afetividade, com a enfermeira que presta assistência nesse processo, que, além disso, faz o melhor para manter a saúde física, mental e espiritual (NASCIMENTO; SILVA; VIANA, 2018).

A Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia (SEGO) considera que o nascimento de um bebê saudável não é, por mais que pareça, um fato casual, mas, sim, o resultado de cuidados e atenções carregadas de generosidade e profissionalismo. Igualmente, considera que a assistência ao parto deve ser baseada em princípios de humanização, controle fetal e alívio da dor, enfatizando estratégias e protocolos de cuidado que garantam a segurança do binômio mãe/filho (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA, 2008).

Nesse sentido, para contribuir com um bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações que podem aparecer; porém, existe a necessidade de respeitar a privacidade da mulher, garantir a segurança e apoio, fornecimento de um ambiente confortável e agradável com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao acolhimento e apoio para a família que acompanha a parturição. São essas atitudes simples, mas eficazes, que podem influenciar de maneira positiva a realidade do atendimento e transformar o parto e nascimento em um acontecimento único e especial (MOURA et al., 2007).

Em 1980 a OMS propôs a adoção de tecnologia adequada de atendimento para o parto e nascimento com base em evidências científicas, práticas que se contrapõem ao modelo médico ou tecnocrático em que o parto geralmente é visto como risco (MOURA et al., 2007). A proposta de humanização do parto implica o respeito pelos enfermeiros aos aspectos relacionados com a fisiologia feminina, evitando as intervenções desnecessárias, o reconhecimento de questões socioculturais desse processo, o fornecimento de apoio emocional tanto para a parturiente quanto para sua família e a garantia dos direitos de cidadania (MOURA et al., 2007).

As práticas a que a OMS faz referência para a assistência ao parto abrangem o uso da deambulação da parturiente, permissão da presença do acompanhante, diminuição da administração de ocitocina¹ como rotina

¹ Hormônio sintético responsável por provocar as contrações uterinas e acelerar o trabalho de parto.

hospitalar, a episiotomia² e a estimulação do parto em posição vertical. No entanto, essas práticas ainda causam divergências entre os diferentes profissionais, o que torna necessário e indispensável capacitar a equipe de assistência obstétrica a fim de que seja sensibilizada para trabalhar em conjunto e enfrentar as barreiras que separam os profissionais envolvidos. Nesse sentido, ressaltam-se o respeito dos direitos da mulher, seus desejos e escolhas nos serviços de atendimento ao parto (MOURA et al., 2007).

Diante do exposto é importante que a enfermeira assista o trabalho de parto normal, sendo definido pela SEGO como aquele que não apresenta fatores de risco durante a gestação, em que se evidencia um processo fisiológico de dilatação, não tem intercorrências no seu curso e finaliza com o nascimento de um bebê normal que se adapta de uma maneira adequada à vida extrauterina; porém esse processo é assistido sem utilização de procedimentos terapêuticos que alterem sua fisiologia, sendo fundamental vigiar o estado materno e fetal, assim como o estado emocional da mulher e sua família, sendo indispensável a atuação da enfermeira, que é reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma profissional que tem formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente e ao recém-nascido (MOURA et al., 2007). Além disso, a enfermeira deve oferecer cuidados individualizados, segundo as necessidades de cada mulher, respeitando as decisões que não comprometam o bem-estar da mãe e do feto/recém-nascido (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA, 2008).

² Incisão feita na região do períneo para ampliar o canal de parto e prevenir um rasgamento irregular durante a passagem do bebê.

3. METODOLOGÍA

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

No intuito de alcançar o objetivo desta pesquisa, foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico História Oral. Adotou-se como método a História Oral Temática Híbrida por centralizar e destacar as narrativas das enfermeiras que atuam na área obstétrica, especificamente na atenção ao parto e nascimento.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo; Deslandes; Gomes (2016), trata de um conjunto de técnicas a ser adotadas para a construção de uma realidade, respondendo a questões muito particulares. Nesse sentido, este tipo de estudo analisa e interpreta com maior profundidade a complexidade do comportamento humano, sendo o foco de análise os processos e significados.

A história oral é um método de solução moderna que visa a influenciar no comportamento da cultura e a compreender os comportamentos humanos, sendo iniciada pela elaboração de um projeto, seguida pela definição de um grupo de pessoas que serão entrevistadas. Consiste em centrar a análise na visão dos colaboradores, trabalhar com a experiência deles, partindo do pressuposto de que os discursos orais são passíveis de transformação em textos escritos que se tornam testemunhais (MEIHY; HOLANDA, 2013)

Há três tipos de história oral: história oral de vida, história oral temática e tradição oral.

A história oral de vida, segundo Meihy e Holanda (2017), não só faz referência a um relato de vida ou notas biográficas como se refere a outros, mas envolve uma trajetória e valoriza o indivíduo em detrimento do exclusivismo da estrutura social (MEIHY; HOLANDA, 2017. p.37).

A história oral temática é sempre de caráter social e se dispõe a uma discussão em torno de um assunto central definido, sendo que os autores sociais concorrem para seu esclarecimento. Mesmo considerando ser ela a narrativa de um fato, pretende-se a busca da verdade legítima de que presenciou um acontecimento ou que pelo menos dele tenha alguma variante que seja discutível ou contestatória (MEIHY; HOLANDA, 2017. p.39).

A tradição oral não se limita apenas a entrevistas, ela trabalha com a permanência e significado dos mitos, implica uma minuciosa descrição do cotidiano e de suas inversões, e sua complexidade reside no reconhecimento do outro, nos detalhes autoexplicativos de sua cultura (MEIHY; HOLANDA, 2017. p.40-41).

Para este estudo, utilizou-se o referencial metodológico descrito por Meihy e Holanda, sendo a história oral temática usada como uma técnica metodológica utilizada como um meio de busca de esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas ou contraditórias, a qual é considerada como forma dialógica de promover discussões em torno de um assunto específico (MEIHY; HOLANDA, 2013);

Foi nesse sentido que este tipo de metodologia possibilitou conhecer a experiência e o desenvolvimento da enfermeira na atenção à mulher no processo de parto e nascimento e mostrou como foi mudando a longo da história, qual o papel atual que desenvolve e o protagonismo que ela tem.

A história oral temática é sempre de caráter social, porém, para a coleta de dados, ela foi elaborada por meio de entrevistas, que não só significam meramente diálogo investigativo, pois não se sustentam sozinhas, precisam ser discutidas com outras fontes ou devem promover debates com redes capazes de nutrir opiniões diversas no caso de história oral híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2013).

O termo de colaboração na história oral nasceu da necessidade de estabelecer uma relação de colaboração com os participantes entrevistados, com a finalidade de manter uma postura que garantisse o registro de suas experiências e reflexões, permitindo que os narradores desenvolvam argumentos e ideias sem sentir limitações ou estar respondendo a uma entrevista baseada num esquema de pergunta e resposta; pelo contrário, que seja uma entrevista que permita a construção de uma narrativa em que o entrevistado possa defender as suas ideias (MEIHY; HOLANDA, 2017. p. 161-162).

Para tanto, na história oral os participantes são chamados de colaboradores em uma ou múltiplas entrevistas, conforme os fins metodológicos, estabelecendo uma relação entre entrevistado e entrevistador;

sendo colaborador tanto quem narra como quem registra” (MEIHY; HOLANDA, 2013).

3.2 COMUNIDADE DE DESTINO, COLÔNIA E REDE

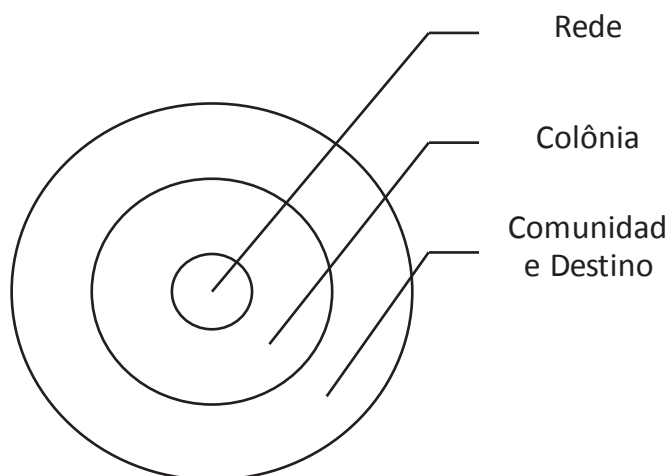
Segundo Meihy e Holanda (2013) a Comunidade destino faz referência a um grupo de pessoas que passa a ter destinos comuns, os quais se distinguem pela repercussão dos fatos na vida comunitária, seja por ter sofrido prisões, terremotos, abalos climáticos, torturas, epidemias ou um fato de vida comum, sendo o público alvo para o desenvolvimento da pesquisa.

De acordo com Meihy e Holanda (2013, p. 52), a colônia diz respeito à “parcela de pessoas de uma mesma comunidade destino, a qual visa a organizar a condução de um estudo, fazendo-o viável”.

A rede é uma subdivisão da colônia, sendo uma parcela menor da comunidade destino, no entanto, ela deve ser sempre plural porque os distintos olhares residem nas diferenças internas dos diversos grupos (MEIHY; HOLANDA, 2013).

Neste estudo, a comunidade destino se refere a todas as enfermeiras que atuam na área obstétrica. A colônia foi composta por todas as enfermeiras que atuam na área da obstetrícia nas diferentes instituições de saúde, de educação superior da cidade de Cali. E a Rede é formada por 12 enfermeiras que atuam na assistência ao parto e nascimento ou exercem docência na área da obstetrícia com experiência laboral há mais de dois anos em Cali.

Figura 1 COMUNIDADE DESTINO, COLÔNIA E REDE



Adaptado de Meihy e Holanda, 2013

3.3 PASSOS METODOLÓGICOS EM HISTÓRIA ORAL

Utilizou-se o referencial metodológico descrito por Meihy e Holanda (2013), o qual consiste em seis momentos: 1- Elaboração do projeto; 2- Gravação das entrevistas; 3- Estabelecimento de documento escrito; 4- Análise; 5- Arquivamento; e 6- Devolução social. Cada momento será detalhado a seguir.

A elaboração do projeto é o primeiro momento, condição essencial para o ponto de partida da história oral. O projeto é o instrumento que norteia o planejamento da pesquisa, permite construir a proposta a ser desenvolvida com fundamentação e os meios operacionais, além de definir os critérios de procedimento e condução das entrevistas, nesse sentido, o projeto é a justificativa e o elemento que orienta os procedimentos de cada etapa.

O segundo momento refere-se às entrevistas que se materializam como a primeira atitude processo inicial do projeto e se estabelecem as formas de arquivamento e acesso público, sendo que em cada gravação serão especificados o lócus e o colaborador.

No terceiro momento é feita a confecção do documento escrito, que trata da transcrição das entrevistas, as quais geram um corpo documental que será trabalhado pelo historiador. Para este estudo, a transcrição foi feita na

íntegra em espanhol pelo fato de a coleta de dados ter sido desenvolvida em Cali, Colômbia, que, aliás, se constitui em uma transcrição literal (MEIHY; HOLANDA, 2013).

O quarto momento compreende a análise, que depende do objetivo do projeto, compreendendo as etapas anteriores e se recomenda fazê-lo com todo o processo de transcrição ou texto final (MEIHY; HOLANDA, 2013). Nesse sentido, foi feita uma relação na história oral híbrida, em cujo capítulo correspondente, serão encontrados os trechos transcritos em português, sem perder o contexto do depoimento.

O arquivo faz alusão à responsabilidade e à manutenção do material conseguido, devendo os diretores do projeto eleger o destino dos produtos (MEIHY; HOLANDA, 2013).

Finalmente, a Devolução social, que faz referência ao compromisso comunitário que se requer na história oral de entregar um produto para o grupo que fez gerar (MEIHY; HOLANDA, 2013). Nesse sentido, pretende-se entregar para os colaboradores um produto cuja apresentação dos dados deve ser marcada na Universidade do Valle, em Cali, e também ser feita a publicação de artigos oriundos desta pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Cali, Colômbia, localizada ao sul do País, capital do Estado Vale do Cauca, sendo a terceira cidade mais povoada do país com, aproximadamente, 2, 401.000 milhões de habitantes, tem 483 anos de história. Foi fundada em 27 de julho de 1536 por Sebastián de Belalcázar, sendo uma das cidades mais antigas da América Latina.

É um dos principais centros da economia e da indústria do país, além de ser o principal centro urbano, cultural e agrário do sul colombiano.

Em Cali, 98% dos partos são atendidos nas diferentes instituições de saúde. A população é sensibilizada para que a maioria desses partos ocorra dentro destas instituições. Os partos assistidos fora têm uma sequência e uma

avaliação do potencial de risco para garantir a sobrevivência e a saúde da mãe e do filho (ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI, 2011), Contém sete ESE (Empresa Social del Estado), que são: ESE Red de Salud de la Ladera, ESE Red de Salud del Centro, ESE Red de Salud del Norte, ESE Red de Salud del Oriente, ESE Red de Salud del Sur-Oriente, ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, ESE Hospital Mario Correa Rengifo e ESE Hospital Universitario Evaristo García.

Para este estudo, as colaboradoras foram as enfermeiras que atuam na área obstétrica, na assistência ao parto e nascimento, nas diferentes instituições de saúde e/ou enfermeiras docentes que trabalham em uma instituição de educação superior em Cali, na área de obstetrícia, sendo também colaboradora a pesquisadora deste estudo.

Nesse sentido, foram critérios de inclusão das colaboradoras serem enfermeiras que atuam na área obstétrica na assistência ao parto e nascimento, ou exercem docência na área da obstetrícia em uma instituição de educação superior em Cali. E como critérios de exclusão serem enfermeiras que atuam na área obstétrica em um período menor que dois anos.

3.5 COLETA DE DADOS

Na história oral temática, a coleta de dados seguiu as seguintes etapas conforme proposto por Meihy e Holanda (2013) (Quadro 2).

Quadro 2 COLETA DE DADOS EM HISTÓRIA ORAL

<p>Etapa 1</p> <p>Construção da Rede</p>	<p>Etapa 2</p> <p>Entrevista</p>
<p>Consistiu na conformação da amostra, sendo uma condição para a realização de uma pesquisa em história oral.</p>	<p>Forma dialógica em que o entrevistador registra a narrativa do entrevistado por meio da escrita ou da gravação.</p> <p>Roteiro predefinido com perguntas guia para</p>

	<p>a condução da entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-Entrevista - Entrevista -Pós- Entrevista
--	--

Adaptado de Meihy e Holanda (2013).

Na história oral, é primordial a existência de um grupo de pessoas a serem entrevistadas; assim, deu-se cumprimento à realização da entrevista, que é o ato de fundamentação que dá sentido a este método, assim é justificado o grupo que fez gerar e explicadas as razões de sua escolha.

3.5.1 RECRUTAMENTO

Sendo a construção da rede a primeira etapa nesta pesquisa, partiu-se com a informante chave, que foi escolhido seguindo os fins desta pesquisa. A informante chave foi uma docente da Universidade do Valle, Cali, Colômbia, que trabalha como pesquisadora e desenvolveu o papel de coorientação neste estudo. Contou-se ainda com a colaboração da Secretaria de Saúde de Cali, especificamente com o programa de Saúde Sexual e Reprodutiva para a construção da rede.

Nesse sentido, a informante chave foi o primeiro contato que levou a localizar as enfermeiras colaboradoras com o perfil de que se precisava para esta pesquisa dentro do universo, que compreendeu as enfermeiras que atuam na área obstétrica, na assistência ao parto e nascimento nas diferentes instituições de saúde ou enfermeiras docentes da área obstétrica das diversas instituições de educação superior de Cali, com experiência laboral superior a dois anos, em razão da importância do método utilizado neste estudo, que são a história e a experiência requeridas para o poder, valor e fundamento da narrativa.

Na medida em que a rede ia sendo construída, era solicitado às colaboradoras indicar novos contatos com as características desejadas e, assim, sucessivamente, até que se obteve a informação necessária, chegando

a compor uma rede de 12 enfermeiras - oito assistenciais e quatro eram docentes.

A segunda etapa consistiu na entrevista, sendo o instrumento fundamental de coleta de dados na história oral definido segundo o autor, como uma forma dialógica em que o entrevistador registra a narrativa do entrevistado por meio da escrita ou da gravação. Para esta pesquisa, utilizou-se a entrevista semiestruturada, a forma de entrevista mais utilizada na pesquisa de caráter social. Esta forma combina perguntas fechadas e abertas, as quais conduzem o diálogo, e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à questão formulada (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Assim, a condução da entrevista nesta pesquisa foi feita por meio de um roteiro predefinido (Apêndice A). Segundo Meihy e Holanda, ela se compõe de três momentos: 1- Pré-entrevista; 2- Entrevista; 3- Pós-entrevista e análise dos dados, conforme detalhado na sequência.

A Pré-entrevista correspondeu à etapa de preparação do encontro, utilizando como meios de comunicação chamada telefônica, e-mail e WhatsApp; momento em que se preparou o colaborador, referente ao projeto, objetivo e a colaboração que ele ia ter dentro do estudo; além disso, explicou-se que o registro da gravação seria feito mediante áudio, mas respeitando sua preferência e que o tempo de duração da entrevista seria de, aproximadamente, uma hora. Nesta etapa, foram definidos local, data e horário de sua escolha e disponibilidade, mas se teve como proposta um espaço na Universidade do Valle, sempre pensando num espaço que proporcionasse um clima de confidencialidade, seguridade, boa iluminação e possíveis interferências (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A Entrevista correspondeu à etapa em que foi feito o registro do áudio com um gravador digital. Antes de dar início à entrevista, foram gravados o nome do projeto, a identificação do colaborador, local e data. Também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual, após ser explicado, foi assinado pelo colaborador (Apêndice B) e, finalmente, a carta de cessão dos direitos, documento fundamental para definir a legalidade do uso da entrevista. Esta carta pode remeter tanto à gravação quanto ao texto final (Anexo A). Foi registrado em áudio que nada seria publicado sem prévia

autorização do colaborador e se explicou que o procedimento de transcrição poderia ser demorado (MEIHY; RIBEIRO, 2011),

A Entrevista propriamente dita foi feita com base em um roteiro com perguntas guia predefinidas e perguntas secundárias de interesse, que iam surgindo no processo, perguntas feitas pelo pesquisador sentindo a necessidade de abordar o desenvolvimento da pesquisa (Apêndice A) (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A Pós-entrevista foi a etapa em que foram enviados e-mails para os colaboradores e cartas de agradecimento, com o objetivo de dar continuidade ao processo. Posteriormente, as entrevistas foram digitadas e enviadas para os colaboradores, que as retornaram autorizando a transcrição para análise e publicação (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

3.7 ANÁLISE EM HISTÓRIA ORAL

Nesse sentido, a análise na história oral é chamada de pós-entrevista, a qual se compõe das seguintes etapas: Transcrição, etapa na qual foi transcrita a entrevista na íntegra, ou seja, com as perguntas e respostas que foram mantidas, repetições, erros e palavras sem peso semântico, sons que se apresentaram durante o processo e as interrupções (MEIHY; HOLANDA, 2013). Após, foi feita a Textualização, etapa que consistiu em eliminar as perguntas, erros gramaticais, sons e reparadas as palavras sem peso semântico com o fim de obter um texto mais claro, além disso, também nesse momento, foi procurada uma frase guia, conhecida como Tom vital da entrevista. Finalmente, a Transcrição, que o texto apresentado em sua versão final após a autorização do colaborador, um texto que tem um novo sentido a fim de comunicar melhor aquilo que foi narrado nas entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2013). Nesse sentido, optou-se por manter as narrativas em sua transcrição em espanhol.

A história oral pode ser pura ou híbrida, para tal sentido um projeto pode ser uma constituição de um banco de história ou uma proposta em que as vozes dos narradores se cruzam entre si a fim de promover uma discussão

polifônica, sendo também possível fazer as entrevistas dialogar com outros tipos de fontes (MEIHY; HOLANDA, 2017),

A história oral pura observa a variação das narrativas que dependem de gênero, raça e classe social, educação formal, idade, tipo de entrevista, podendo manter uma lógica argumentativa comum e corrente em sua constituição (MEIHY; HOLANDA, 2013).

A história oral híbrida se preza pelo poder de conversa, contatos ou diálogos com outros documentos que, para os fins deste estudo, foram documentos científicos, históricos, ou literários, porém exige-se a equiparação dos argumentos derivados das entrevistas com outros emanados de diferentes fontes, nesse caso, se faz mais importante a força temática que tira a força da lógica da construção da narrativa oral (MEIHY; HOLANDA, 2017). Esta modalidade de análise foi utilizada para este estudo e será detalhada no capítulo de análise dos dados.

Este estudo primeiramente teve por base a análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin, cujos trechos foram transcritos em português. Esta análise segue três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, chamada de pré-análise, consiste em um período de organização e preparação do material a ser analisado, também conhecido como “constituição do corpus”; período em que se fez uma leitura flutuante, sendo o primeiro contato com a documentação da coleta de dados, neste caso, as 12 entrevistas das colaboradoras transcritas com a finalidade de se apropriar do conteúdo e criar ideias com relação às temáticas (BARDIN, 2016).

Após a primeira fase, foi feita a escolha dos documentos a serem analisados, chegando a definir um corpus de 25 páginas, contendo a formulação de hipóteses e objetivos a partir da primeira leitura e impressão dos dados e, finalmente, a elaboração categorias, tendo como finalidade a interpretação dos dados. O corpus manteve as regras básicas de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A segunda fase corresponde à exploração do material. Esta fase compreende a transformação e a organização dos dados brutos em unidades de registro. As entrevistas e o material coletado foram descompostos em 10

unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupados, segundo as temáticas, em três categorias (BARDIN, 2016).

A terceira fase, Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, configura-se como o momento de avaliação do material, respondendo ao objetivo proposto. O material é sistematizado, tratado e julgado conforme a interpretação dos resultados, tomando-os significativos para o estudo (BARDIN, 2016; LACERDA; RIBEIRO; COSTENARO, 2018).

Os resultados da análise de conteúdo serão detalhados no capítulo correspondente.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização desta pesquisa foi precedida após obter o parecer do Comitê Institucional de Revisão de Ética Humana (CIREH), da Universidade do Valle (Anexo B).

Esta pesquisa teve em conta a regulamentação contida na Resolução do Conselho Nacional de saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Atuou-se conforme estipulado nas pautas éticas internacionais para investigação relacionada com a saúde com seres humanos, desenvolvida pelo Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS), em colaboração com a OMS. Esses princípios são considerados universais e as pautas estão principalmente centradas em normas e princípios para proteger os seres humanos em uma pesquisa (CIOMS; OPAS; OMS, 2016). A regulamentação foi feita sob o nº 08430, de outubro de 1993, expedida pelo Ministério da Saúde da Colômbia, que estabelece as normas científicas, técnicas e administrativas para investigação em saúde. Essa regulamentação segue ainda os princípios da Assembleia Médica Mundial expostos em sua Declaração de Helsinki de 1964, última revisão em 2002, e o código de Regulações Federais, título 45, parte 46, para a proteção de sujeitos humanos,

do Departamento de Saúde e Serviços Humanos de instituições Nacionais de Saúde dos Estados Unidos, 2000.

Também se atendeu ao Acordo nº 23, de 18 de março de 2003, pelo qual se expede o Estatuto sobre a Propriedade Intelectual na Universidade do Valle, Cali, Colômbia.

Foi entregue a cada colaborador o TCLE (Apêndice B), o qual foi assinado, documento legal que explica o objetivo do projeto, benefícios e riscos. Posteriormente será entregue a carta de cessão dos direitos (Anexo A), que é um documento para definir a legalidade do uso das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2013).

4. RESULTADOS

4.1 PÓS-ENTREVISTA

4.1.1 NARRATIVAS DAS ENFERMEIRAS

Nesta sequência se apresenta primeiramente a caracterização dos colaboradores do estudo, seguido das entrevistas as quais tiveram um processo de textualização até construído um texto final na língua espanhola conforme a ordem que foram realizadas, detalhadas a seguir:

- Identificação dos colaboradores do estudo com a letra E de “Enfermeira” e enumerados de 1 a 12 e a área de atuação;
- Data, local e outros detalhes do encontro da entrevista;
- Tom vital de cada entrevista;
- A textualização da entrevista de cada colaborador.

4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS

As colaboradoras tinham idades compreendidas entre os 26 e 68 anos, dado que foi considerado na realização da entrevista propriamente dita.

Com relação ao estado civil, seis são casadas, cinco solteiras e uma separada. Das 12 colaboradoras, todas enfermeiras, das quais oito trabalham na assistência em uma instituição de saúde na atenção à gestante e ao recém-nascido e quatro são docentes, duas aposentadas e duas docentes de instituições de educação superior na área de saúde da mulher.

Os encontros para a realização da entrevista foram escolhidos pelas próprias colaboradoras, porém três dos encontros ocorreram na Universidade do Valle na Faculdade de Enfermagem e os outros nas diferentes instituições hospitalares conforme o local do trabalho do colaborador.

No seguinte quadro são caracterizadas as colaboradoras, identificadas com a palavra “Enfermeira” e enumerados de 1 a 12, conforme o estabelecido no TCLE, protegendo suas identidades.

Quadro 3 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS

Colaborador	Idade	Área de atuação	Estudos complementares/ pós-graduação	Experiência da área	Estado civil
Enfermeira 1	65	Docente-aposentada	Mestre Especialista Materno-perinatal	45 anos	Casada
Enfermeira 2	30	Assistência-sala de partos	Não realizou	2 anos	Solteira
Enfermeira 3	26	Assistência-sala de partos	Mestre. Gerencia em serviços de saúde	2 anos	Casada
Enfermeira 4	34	Assistência-sala de partos	Especialista em administração em saúde	13 anos	Solteira
Enfermeira 5	28	Assistência-sala de partos	Especialista em gerencia de serviços de saúde	5 anos	Solteira
Enfermeira 6	37	Assistência-sala de partos	Não realizou	15 anos	Solteira
Enfermeira 7	34	Assistência-sala de partos	Não realizou	6 anos	Separada
Enfermeira 8	44	Assistência-sala de partos	Mestre em educação superior	16 anos	Casada
Enfermeira 9	65	Docente – saúde da mulher	Pós-graduação em educação Mestre em saúde pública	30 anos	Casada
Enfermeira 10	52	Assistência-sala de partos	Especialista em Materno-perinatal	29 anos	Solteira
Enfermeira 11	68	Docente-Aposentada	Mestre em saúde pública	40 anos	Casada
Enfermeira 12	53	Docente – saúde da mulher	Mestre com ênfase em Materno infantil	25 anos	Casada

Fonte: A autora, 2019.

4.1.3 NARRATIVAS

As narrativas das colaboradoras são apresentadas conforme a ordem da sequência com o respectivo Tom vital.

4.1.3.1 Enfermeira 1

O encontro para a entrevista com E1 ocorreu no dia 06 de março de 2019 às 10h da manhã na Universidade do Valle após a pré-entrevista que foi realizada no dia 02 de março via telefônica, na qual me apresentei e expliquei o motivo da chamada e, posteriormente, falei do projeto, objetivo, colaboração, a entrevista e registro, local e data do encontro segundo sua escolha.

No dia do encontro começamos a falar do projeto de pesquisa, do TCLE e da carta de cessão para ser preenchidos antes de realizar a gravação; a docente mostrava uma atitude de motivação e segurança com o tema, sendo que sempre se desenvolveu na área de saúde da mulher no campo teórico-prático.

Assim, ela começou a falar acerca de sua experiência como docente da Universidade, sendo aposentada há alguns anos, mantendo uma conversa fluente. A entrevista com ela teve uma duração de 40 min e 16 seg e uma visita de aproximadamente uma hora.

Após finalizar a entrevista, expliquei para ela os procedimentos a seguir com a entrevista, transcrição e a importância de manter comunicação para a respectiva verificação e autorização de publicação do texto, agradecendo finalmente pela sua colaboração.

Enfermeira 1 “La integralidad del cuidado se perdió”

A narrativa: Me formé en la Universidad del Valle entre los años 1970-1974, en esa época nosotros como estudiantes teníamos gran fortaleza en el área materna, se llamaba materno infantil; todas nuestras profesoras eran enfermeras obstetras e iban a los hospitales universitarios y al instituto colombiano de los seguros sociales y tenían toda la libertad de hacer o dar toda la atención a la mujer en todos los campos; o sea, nosotros íbamos al control prenatal en los centros de salud y hacíamos todo el control prenatal de bajo riesgo ya que en esa época todavía no existía la historia clínica perinatal simplificada, pero identificábamos los factores de riesgo y de acuerdo a eso remitimos a la paciente o seguía en control por enfermería, entonces íbamos con la profesora a los centros de salud en grupos de 5 o 6 estudiantes y

hacíamos todo el control prenatal, llenábamos la historia clínica, hacíamos la nota enfermería correspondiente y la profesora la firmaba; hacíamos la consulta de planificación familiar, insertábamos en esa época el anillo, íbamos a las instituciones como hospitales grandes. El Seguro Social y el Hospital Universitario del Valle no estaban por niveles, sino que en los hospitales se atendía tanto el bajo como el alto riesgo, entonces nosotros atendíamos a pacientes de bajo riesgo obstétrico para posteriormente atender el parto y le hacíamos todo el control; hacíamos turnos de noche y de día, llegábamos a las 7 de la noche salíamos a las 7 de la mañana con la profesora en pie.

No estaba todavía el partograma, fue después si no estoy mal, entonces la profesora también trasnochaba con nosotros y el médico que era el obstetra de turno pasaba, miraba, valoraba conjuntamente y luego firmaba la historia clínica, tanto la profesora, la estudiante y el obstetra que estaba de turno; entonces atendíamos esos partos. En esa época el volumen de partos era tremendo, en el seguro social se atendían 40 partos diarios, entonces nosotras alcanzábamos a atender uno o dos partos, hacíamos la episiotomía, la episiorrafia.

Hacíamos todo el control prenatal, eran seis a siete horas allí y hacíamos todo el registro del partograma y luego la pasábamos a la sala de partos y estábamos con la profesora y una compañera era la que estaba pendiente del bebé; entonces como te digo atendíamos el expulsivo y cuando ya la paciente estuviera con su seguridad de pinard, la poníamos en la camilla, la llevábamos y seguíamos con ella en el puerperio todo el tiempo, atendiendo tanto a la mamá como al bebé, hacíamos todo lo de la lactancia y luego hacíamos la visita domiciliaria a la casa ; teníamos que ir a visitar a la mamá para ver cómo estaba el puerperio y si teníamos la oportunidad la volvíamos a ver en el centro de salud para mirar en esa semana a los ocho días cómo estaba la evolución y luego para iniciar la planificación familiar de acuerdo a los controles; estoy hablando de los años 70, entonces eran enfermeras obstétricas las que nos orientaban, porque ya en los 80 empezó la maestría aquí en la universidad del Valle, entonces ya las enfermeras que eran obstétricas empezaron a hacer maestrías o especializaciones pero eran cursos cortos tanto de pediatría como de obstetricia.

Nosotros teníamos una participación directa y activa en la atención a la gestante de bajo riesgo y a veces llegaban expulsivos, el obstetra estaba ocupado entonces uno miraba y el acolitaba, el revisaba la placenta, que todo estuviera bien, pero nosotros teníamos toda una participación directa y entregábamos la paciente muy bien a él.

Esa fue mi experiencia como estudiante, de allí pasé a la parte perinatal y trabajé en la parte de neonatología mucho tiempo pero nosotros teníamos una relación muy directa, entonces por ejemplo uno como enfermera en el Hospital Universitario del Valle (HUV) que estaba en neonatología tenía que subir a obstetricia a mirar cuántas pacientes estaban con riesgo, de que el niño naciera con riesgo, que fuera prematuro, que fuera pos maduro, que tuviera asfixia, entonces empezó la monitoria, en esa época empezó cuando vino la gente del CLAP , nos enseñó a detectar asfixia y se pasaba la revista conjuntamente; el grupo perinatal, o sea, tanto los de obstetricia como los de neonatología hacíamos el seguimiento a la paciente y el pediatra estaba pendiente, no le llegaba de improviso la paciente, entonces te estoy hablando los años 80, yo ya estaba como enfermera de piso, pues ya un poco se desdibujaba del trabajo en

el sentido de que ya empezaba uno como a ser más coordinadora, supervisora, entonces sí atendía partos pero no era como la labor expresa que tuviera que hacer porque tenía más labores administrativas, pero estaba pendiente de la paciente.

En esa época las enfermeras que estaban en ese piso eran casi todas obstetrices o tenían el curso de la Universidad del Valle que luego se convirtió en la especialización. En esa época me fui a Bogotá a trabajar a un hospital, fue cuando se cerró el hospital materno infantil de Bogotá, allá se atendían 100 partos al día, era impresionante, entonces yo llegué a dirigir el hospital, digamos a absorber, atender todas las pacientes que llegaban del hospital materno infantil; ahí me formé como enfermera perinatóloga de la Universidad Nacional y fui de la primera promoción; eran 28 meses de formación presenciales, la mitad de obstetricia y la otra de neonatología y hacíamos las rotaciones por alto riesgo; me acuerdo que había un Pabellón de pacientes preclámpicas y nosotros allí rotábamos como tres o cuatro meses, día, tarde, noche y teníamos la atención directa. En el día estaba la profesora acompañándola y en la noche nos dejaban de turno bajo la supervisión del médico y el obstetra; era una cosa impresionante, yo no recuerdo, pero eran camillas y camillas, como cinco o seis camas en ese hospital cuando se atendían las pacientes de parto. Allí atendíamos a la paciente que llegaba a la atención del parto, igual funcionaban los centros de salud atendiendo a las pacientes, pues como era al hospital de los pobres de Bogotá digo yo, eso era una cosa bárbara, entonces yo hice la formación como enfermera perinatóloga, pero yo era la directora de ese hospital materno infantil que realmente allí los partos se atendían, lo atendían mucho los estudiantes, luego ese hospital se volvió con las cuatro especialidades básicas y los partos se atendían en las salas de cirugía y realmente iban estudiantes de medicina que se dedicaban a eso y la enfermera cogió mucho la parte administrativa y también tenía su formación de preferencia a eso, porque la Universidad Nacional empezó a formar enfermeras perinatólogas que asumieron esas funciones. Digamos que eso fue como en los 80, ya en los 90 me vine acá a la Universidad del Valle, ingresé como profesora y era lo mismo, nosotros con las estudiantes íbamos, pero ya estaba la historia clínica perinatal del CLAP, estaba lo de riesgo, la regionalización en Cali, en el Valle; era básicamente lo mismo, el médico atendía el primer control y el último y si uno detectaba algún riesgo en ese transcurso, la refería y el médico hacía la remisión de la gestante; empezaron los cursos y participábamos en los cursos de educación para la maternidad, pero se empezó a ver un poco como que a la enfermera la iban relegando, tomó más el rol el médico, allí también intervino mucho el contexto de la ley 100, entonces ya había centros de salud que solamente atendían el riesgo, entonces si la universidad tenía el convenio docente- asistencial con esa institución y solamente atendían las de riesgo, la estudiante quedaba un poco relegada, el profesor que idearse mucho, cómo era la experiencia para la estudiante, o sino que primero la veía el médico y luego la veía uno para que la estudiante tuviera esa oportunidad, pero no era como antes.

Yo no recuerdo bien cuando fue que cambió la norma que la enfermera ya no atendía el parto; me parece a mí que la parte de la tecnología ha influido fuertemente en él porque uno antes se sentaba, escribía lo de la paciente a mano, uno llenaba su historia con buena letra, ahora con ese computador que es con códigos, la historia es completamente fraccionada, entonces esta es la

parte del médico, del nutricionista, el de laboratorio; entonces para mí la parte de la integralidad del cuidado se perdió, pero es por ese mismo contexto de salud, de la norma de salud y cómo la tecnología obedece más a otros fines más estadísticos, a mí me parece que la parte de la humanización se pierde mucho y te estoy hablando de los centro de salud.

En los años 90 comenzó a perderse el rol de la enfermera en su participación en el parto y en los años 2000; uno iba y tenía un reconocimiento, digamos que era más por estrategia docente y porque uno dominaba el terreno, entonces a uno lo conocían y realmente le soltaban entre comillas a las pacientes, porque sabían de la experiencia de uno, o por ejemplo en el caso de compañeras que habían sido jefes de esas unidades no había problema, pero para una persona completamente nueva por fuera de contexto, muy duro ser docente y formar estudiantes en esa forma. Los estudiantes después de la norma ya no tenían una participación directa en el parto de bajo riesgo, hacían el acompañamiento a la paciente durante todo el trabajo de parto, tomaban datos dependiendo de su estado y cuando ya estaba en expulsivo llamaban al médico, él estaba pendiente y entre los dos llevaban a la paciente; el médico o el estudiante de medicina atendía el expulsivo y la estudiante en colaboración con la que estaba circulando atendía al bebé, hacía toda la atención inmediata del recién nacido, el Apgar y se lo pasaba a la mamá, toda la parte del contacto piel a piel, todas las medidas pero como tal el expulsivo y lo del periodo placentario no lo atendía la estudiante, miraba y en un caso se formaba en caso de una atención, de una emergencia, pero no era lo mismo de tener la experiencia de sacar la placenta, de todas formas se ocupaban más de la mamá, del bebé, del contacto, de la vacunación, todo lo que era el cuidado inmediato y de la mamá y observaba, pero no tenía esa atención directa. En el acompañamiento el estudiante de enfermería en admisión ayudaba a acomodar a la paciente, le explicaba los procedimientos y estaba allí en el consultorio; una vez que la atendía, la ayudaba, le explicaba, estaba pendiente del acompañamiento de ella, todo lo que era para el manejo de la respiración, el momento de hacer el pujó, cómo sostener las contracciones, irle contando lo del masaje, la posición, el monitoreo, los resultados del monitoreo, cómo iba el bebé, si se le rompían las membranas, explicarle todos los procedimientos, toda esa parte del acompañamiento era la labor más importante, ir viendo la dinámica del parto, como iba progresando, pero no era como la parte de la atención. Luego del expulsivo y todo, por ejemplo, la episiorrafia, ella observaba como se hacía por plano y luego cuando la paciente estaba lista se la acompañaba a puerperio y allá se la dejaba a otra compañera; ya uno de profesor le decía vaya acompañe a la señora, pues como eran varias estudiantes, habían unas localizadas en parto, otras en puerperio, otras en alto riesgo y la participaban en la revista. Con relación a las estrategias de cuidado, todo lo del parto humanizado, conservar las membranas íntegras, no romperlas, la posición, la posición para el acompañamiento de la mamá, dejarla libre, conocí la silla obstétrica para atender la posición vertical; por ejemplo en la Guajira tuve esa experiencia con el lazo, en el Cauca también, pero en esa época duro era en posición ginecológica y la mamá podía haber tenido sus hijos en posición vertical, pero debía ser en posición ginecológica; entonces no se le respetaba ese gusto a la mamá, en esa época las teorías de enfermería no se tenían en cuenta, enfermería era acompañar a la paciente; por ejemplo desde el punto de vista de Swanson, entonces cuales son las estrategias de ella, estar con, hacer por,

en esa parte eso ayudaba mucho porque da claridad conceptual al rol de enfermería. A mí sí me parece importante que uno pueda atender el parto de bajo riesgo, porque uno puede ir dirigiendo a la paciente que uno ha tenido 8 horas, ya se ha establecido una empatía, una confianza con ella y uno le puede decir “bueno, vamos”, como lo va a tener si es en posición vertical o ginecológica, como ella quiera, si está la pareja y puede entrar, porque eso viene desde el parto, desde como uno la ha preparado, entonces la paciente sabe cómo debe respirar, el acompañamiento del esposo, pero creo que las instituciones no están preparadas desde el punto de vista de tecnología para eso; se sigue haciendo el parto en cama, en posición ginecológica, pues prima eso.

Hay un choque con las instituciones porque yo como docente voy al hospital, pero no la puedo atender en la posición que la mamá quiere porque no hay el recurso físico, es complicado, también levantarlas temprano, hay muchas cosas, incluso que no las atiendan en hospitales sino el parto en casa que es la tendencia.

Sé que hay una ruta para la atención de la mujer, pero de todas formas a mí me parece que prima más el contexto de salud que tiene el país, ahí tiene que ver por ejemplo un hospital en quiebra como el hospital universitario que se está recuperando, es decir, tú puedes tener deseo de que el estudiante aprenda pero te chocas en ese momento, uno puede algunas cosas ponerlas en práctica como estar con, acompañarla, el masaje, disminuirle el grado de ansiedad y todo, pero si tienes otra paciente al lado, gritando completamente descompensada, no es tan fácil o la paciente que llega drogada de la calle, que te la recoge y se tira al piso, que no tiene ropa, son las situaciones de contexto que uno ve a diario, mantenerle la privacidad a una paciente; entonces a la familia le tocará llevarle la ropa, porque resulta que no hay los suficientes recursos para que ella se cubra bien, que entre el esposo, que se ponga la blusa, entonces no es tan fácil; es ese contexto que hay que acompasar; todo lo que hay desde el punto de vista educativo, de investigación, lo que piensa enfermería, medicina, trabajar interdisciplinariamente, porque hay que cambiarles el chip a la parte de medicina en ese sentido, trabajar con los niveles de atención, lo ideal es que no lleguen pacientes al riesgo, ni haya mortalidad materna, ni tanto embarazo en adolescentes, pero uno lo sigue viendo, atendiendo pacientes embarazadas de 13 y 14 años; sigue siendo el riesgo, el embarazo en adolescentes no baja, es que al centro de salud van con el niño, el muchachito de 14 años, entonces que hace uno ahí?

Las políticas están escritas, todo está en la norma pero una cosa es lo que está escrito y otra cosa es lo que uno encuentra en las instituciones de salud, pues yo no he ido a las privadas, porque la Universidad además tiene convenios con las instituciones oficiales, obviamente uno va a la Fundación Valle de Lili, es distinto el contexto de lo privado, allá no te van a dejar atender el parto con la estudiante porque tiene su médico privado que son obstetras, entonces es a eso que obedece, la educación y la formación se da es allá y las personas que ya tienen una formación y maestría o especialización hay que ver qué hacen en las instituciones.

Yo nunca tuve dificultades, como yo trabajé en servicios tantos años tenía un reconocimiento en los servicios, yo podía llegar, o habían egresados o egresadas, entonces le facilitaban a uno el contexto, incluso cuando una trabajaba en un servicio uno sabe dónde están colocados los insumos, a uno

se le facilita, a mí me parece que la experiencia docencia-asistencia combinada es muy importante para la formación, no completamente aislada de la docencia y completamente la asistencia, sino que uno pueda trabajar en ambos sentidos, es muy importante, porque te da un espacio; lo otro es que las instituciones están compartidas por las instituciones formadoras; antes era la Universidad del valle y todos los espacios se abrían para la Universidad del valle, ahora resulta que están los estudiantes de enfermería de la Universidad Santiago de Cali, los de la Universidad Libre, la Javeriana, ellos tienen sus espacios pero de todas formas siguen también teniendo convenios con el Hospital Universitario, entonces ya los espacios son compartidos y no es lo mismo, las oportunidades se reducen, vuelve a surgir el contexto, porque no es lo mismo que haya 40 estudiantes con posibilidades en diferentes espacios, que una Santiago que creo que egresan como 80 algo así, ahora debe haber doscientas y algo, es muy complicado y los egresados también, cada una tiene su sello.

No hay un reconocimiento como tal del rol de la disciplina, es muy complicado; yo sé que el año pasado a mitad de año vuelve la enfermera a tener ese rol de poder atender los partos, lo que nos interesa es que baje la morbilidad y la mortalidad, que haya mejor atención, entonces depende de donde esté ubicado el recurso humano, tiene que estar formado para eso; hace poco incluso vi un programa de televisión de un parto atendido en el Chocó y tuvieron que llamar a la partera para que ella les pudiera sacar el bebé, no podían porque la paciente no se dejaba; hay que reconocer el rol de todas las personas, entonces con la ley en la medida en que se vaya haciendo ese reconocimiento, que se trabaje interdisciplinariamente, que las instituciones en los eventos se reconozca eso, se pueda discutir y se pueda analizar; es el rol de cada persona, es para trabajar por la paciente, están desde la terapeuta, la psicóloga, enfermería, la profesional, la auxiliar, todo mundo digamos que tiene que tener unas funciones y todos son profesionales.

A mí me parece que el docente debe de estar más involucrado en la asistencia, no solamente permanecer cuando va con el estudiante en parto, sino tener un rol más profundo al revés también, o sea, las personas de la asistencia estar involucradas en la docencia en lo posible, para poder compartir esas experiencias y que haya una mejor comprensión y la normatividad, es decir, está la del ministerio pero está también la del servicio, o sea que no solamente prime el signo pesos, o sea a través de este convenio yo qué recibo, qué recibe la institución, sino que hay una parte que se puede dar a través de cursos, a través de información, que es lo que pueden ofrecer las instituciones oficiales, no solamente plata, porque si no estaríamos en desventaja, pero si los profesionales de servicio tienen aquí en la universidad una participación en eventos, en clases, en docencia y viceversa, uno está pendiente allá, tener más horas no solamente de práctica si no estar allá conversando en las conferencias, en las presentaciones de casos, se daría un conversatorio mejor. Me parece que con liderazgo se pueden lograr cosas, con liderazgo de enfermería se pueden lograr cambios, poco a poco se van dando los cambios, pero se dan; por ejemplo el cuidado canguro de cuantos años, desde el 93 que se ha hecho investigación en el hospital con gente de Estados Unidos, pero poco a poco y a través de la universidad se ha ido implementando, es ir viendo los beneficios; yo pienso que son estrategias de liderazgo, que las profesoras estén más metidas allá, no solamente llegar en el momento de la práctica,

llegar a exigir cosas es difícil, que siempre haya teoría- práctica combinada; que sea teórico práctico todo el tiempo, no las 6 semanas de teoría y las 10 semanas prácticas, porque deja de ir la persona 6 semanas al servicio más las vacaciones, en cambio, si yo doy todos los días un poquito de teoría pero voy a práctica, es una cuestión pedagógica hay que cambiar, yo no tengo que tener toda la teoría en la cabeza primero antes de ir a la práctica, hay que hacerlo combinado; y de eso hay experiencias, hay que hacer válido el tiempo.

Yo pienso que realmente el rol de enfermería la parte disciplinar como tal, los conocimientos, la evidencia científica que hay de enfermería hay que utilizarlas más, porque eso lo conocemos acá en la escuela de enfermería y las enfermeras y las estudiantes se gradúan y al otro día se les olvida, porque entran a la rutina y se van impregnando de todo lo que se realiza en las instituciones, entonces todo eso de la teoría, de la disciplina, de las investigaciones en enfermería, de la evidencia científica en enfermería no se aplica; entonces si vamos a una revista a pasar la paciente o si se presenta el artículo de jornal de medicina, yo también desde el cuidado de enfermería, puedo decir mire, fulanita de tal opina que aquí se puede hacer de tal forma, el trabajo de investigación que se hizo sobre tal cosa muestra que si la paciente en tal posición mejora, que el acompañamiento, la evidencia científica dice que, o sea, uno pararse allá como profesional y decirlo es muy importante para que se vayan conociendo. Que se base en evidencias científicas y en lo que la teoría de enfermería propone, los protocolos, lo que la investigación dice, lo que las teóricas de enfermería muestran, porque hay cantidades de las teorías pequeñas las micro teorías, de la del dolor, de la incertidumbre, que uno puede aplicar, pero los trabajos de los estudiantes no se conocen, se conocen en eventos de enfermería, pero en eventos interdisciplinarios casi no, por lo menos yo casi no veo; la divulgación del conocimiento y que los trabajos se les dé continuidad, Falta divulgación para eventos, se hace en la universidad, pero en eventos institucionales no tanto y que sean interdisciplinarios, hay dificultad para que publiquen un trabajo, complicado.

Las parteras del pacífico, ellas tienen una sabiduría, es impresionante, por ellas se redujo la mortalidad en esos sitios, porque ellas ya saben remitir, entonces forman parte, ellas te atienden, saben cuándo tienen que remitir la paciente. Asistí a un evento en Buenaventura y ellas tienen que ir hasta por allá en canoas, son ellas las que van, las que atienden a la mujer y al niño. Porque el solo sitio, donde no griten, donde no tengan quien lo escuche, eso ha cambiado un poco, pero sigue faltando me parece a mí.

A las parteras forman parte del recurso humano, a ellas las están capacitando y actualizando, lo que ellas pueden hacer, lo que no pueden hacer, su técnica aséptica y obviamente que ellas atienden en la cama de la señora, la visitan y les hacen sus hierbitas y sus cosas que se sabe que científicamente no les van a hacer daño, pero atienden con su asepsia y todo, eso de los tétanos, la cantidad de tétanos neonatal desapareció, porque antes les ponían tela arañas, eso por pura formación; entonces, si ellas atienden en su posición vertical y todo, muy bien, porque eso es un saber ancestral, ya hay vigilancia, digamos que la salud ha llegado a esos sitios, entonces ellas ya saben en qué momento remitir la paciente, pues todavía falta pero así se hace.

Se me olvidó comentarte que en ésta época, cuando teníamos todo el apoyo para la atención del parto, la estudiante para poder aprobar tenía que tener un número determinado de partos, de inserciones de DIU, de episiorrafia hechas,

dependiendo si era de pregrado o era de especialización, por ejemplo, para ser enfermera obstetra tenía que atender mínimo 30 partos y creo que eran 7 episiorrafia y de los DIU no recuerdo; uno tenía que tener un mínimo de actividades realizadas bien hechas para poder tener un mínimo de adquirir las habilidades, entonces, uno tenía que llevar un récord de los pacientes y la profesora le firmaba; en pregrado creo que eran como 5 partos o 6. Eso era muy importante porque se garantizaba de cierta forma que uno adquiriera la habilidad y si se tenía que quedar para poderlo atender, se quedaba, porque eso también las instituciones lo permitían, entonces uno se presentaba como el estudiante, así no hiciera ninguna intervención pero podía observar, participar y aprendía, no hacía cosas porque no estaba con la profesora, pero si podía uno observar, podía realizar las historias; por ejemplo tú viendo una episiorrafia y una episiotomía, uno aprende, viendo como la hacen, entonces, eran cosas que se podían hacer antes; entonces me parece que las instituciones deben adaptarse.

4.1.3.2 Enfermeira 2

O pré-encontro com a colaboradora aconteceu no dia 19 de março via WhatsApp, meio que me permitiu me apresentar e explicar o objetivo do estudo; nesse momento marcamos o encontro para o dia 21 de março às 3h da tarde no seu local de trabalho.

No dia do encontro, primeiramente me apresentei e expliquei como tinha conseguido seu contato, expliquei o projeto e como ele ia ser desenvolvido, entrevista e o registro do áudio e perguntei se ela tinha interesse em participar, obtendo uma resposta positiva. Seguidamente falamos acerca do encontro para a realização da entrevista, para o qual ela tinha a disposição para ser feita naquele momento, no mesmo lugar.

Nos dirigimos para um consultório com total confidencialidade e expliquei o TCLE o qual ela leu e assinou e a carta de cessão para a autorização da legalidade do uso da entrevista.

Ao começar a entrevista foi registrado o nome dela, local e data e que nada seria publicado sem a prévia autorização do colaborador e que teria aproximadamente uma hora de duração.

Ela estava disposta e motivada para colaborar no estudo; começamos a conversar sobre a sua experiência e desenvolvimento como enfermeira na atenção a mulher no processo de parto e nascimento e mostrava uma sensação de gosto por aquilo que fazia no seu dia a dia. A entrevista teve uma

duração de 26 minutos, tendo em conta que se encontrava fazendo plantão e uma visita aproximada de 50 min.

Enfermeira 2 “Las gestantes son una bomba de tiempo”

A narrativa: *Inicialmente ha sido una experiencia única porque ha sido un proceso nuevo para mí; encontrar otras facetas del rol como enfermera, uno se da cuenta hasta qué punto te lleva a ti y tu vocación lo humano, encontrar tu habilidad en este proceso. Es muy gratificante poder apoyar estas mujeres embarazadas porque normalmente estamos en una población adolescente que muy precoz, niñas que prácticamente llevan 1, 2, 3 embarazos, uno les habla, les indaga a cerca de planificación familiar, qué es lo que piensa de su vida, como es su ciclo social, su entorno y toda la parte psicosocial que se pueda manejar en estos pacientes.*

Es muy amplia la problemática para uno poder llegar a ese fin de poder ayudar a estas embarazadas, pero es el diario vivir prácticamente porque esto es una bomba de tiempo; yo lo veo como una bomba de tiempo todos los días de mi vida porque así lleguen con un dolor bajo o esté sangrando, normalmente pienso qué hago, por donde empiezo, voy y le digo a la doctora sabiendo que la sala está llena. Las consultas han aumentado demasiado, un nivel de consulta que es increíble y más aún porque tenemos población venezolana, en cuanto a los indicadores prácticamente los han aumentado ellas; a veces la pregunta que nosotros nos hacemos es ¿dónde están nuestras colombianas?, ¿dónde están nuestras niñas? ¿Las mujeres de nuestro pueblo?; pero no hay, son casi todas venezolanas y uno les pregunta ¿por qué no hiciste el control prenatal?, ¿porque no te cuidaste? y muchas veces no responden, por decirlo su parte mental de raciocinio, no sé cómo lo manejaría o si podría llegar a un punto de conversación con ellas, ser un poco fuerte para que ellas entiendan, pero vuelvo y te repito es una experiencia única, es muy gratificante todos los días estar en esa lucha, porque estamos encontrando cosas nuevas; no falta la mujer que nos ponga a correr, que nos prima esa necesidad de decirle, “bueno ponte pilas”, corramos con ella, qué hacemos, entonces a veces hay que tener muy claro y limitar todo, porque todo se vuelve un caos en segundos y uno no sabe determinadas funciones. Yo estoy feliz porque todos los días de mi vida mantengo aprendiendo.

Aquí normalmente es una sala de urgencias, aparte de que en la sala de urgencias atendemos los partos nivel 1 donde se sensibiliza a la mujer gestante de que es el parto natural, de que el bebé va a salir por vía vagina, todo el acompañamiento hacia el ser humano, porque también se practica el parto humanizado, nunca la gestante va a estar sola, desde que llega a urgencias por su motivo de consulta, desde ese momento se empieza a hacer toda la parte del acompañamiento de parto humanizado hasta el momento que la doctora define si está en 4 o 5 de dilatación; toda la parte de hospitalización se genera, queda la mamá o el esposo, tratamos de que sea de esa manera, porque a veces uno les pregunta quien las acompaña y dicen “vine con mi amiga”, la amiga muchas veces hay cosas que no sabe, no sabe qué le pasó,

porqué vino, que puede hacer ella, que no puede, entonces tratamos de evitar esa parte, pero normalmente la gestante siempre está en acompañamiento.

Para mí el parto humanizado es darle a la gestante toda la atención inicial, el poder decirle, “bueno Tatiana estás en 4 de dilatación, bienvenida, te vas a quedar hospitalizada, empezó tu fase de trabajo de parto, en este turno te vas a encontrar con la doctora tal, con la enfermera tal, con la auxiliar tal que va a estar muy pendiente de ti durante todo tu proceso de trabajo de parto, tienes derecho a un acompañante, sea tu esposo o sea tu mamá para que te haga toda la parte de sensibilización para que si tienes algún dolor te ayude a masajear la parte de la cadera, de la espalda, tu barriguita, si requieres de una monitoria te la hacemos”; para mí eso es un parto humanizado, el que se hace normalmente acá, es como toda esa parte global; uno dice es mucha cosa pero es una continuidad que se da y eso sale, es como al libre albedrío porque eso va flotando, va solito, entonces desde ahí arranca todo hasta que llega totalmente toda la parte de dilatación, está en expulsivo, se pasa el gorro, se le dice “vamos para la sala de trabajo de parto”, se le arregla, se le dice al familiar, se le entrega todo, gorro, bata, polainas para que se arregle y se pasa con el médico para la atención del parto, se le dice donde se debe ubicar el familiar para que vea todo el proceso de trabajo de parto.

Con relación al rol de enfermería, normalmente todo arranca desde que la doctora autoriza el proceso de hospitalización, entonces uno ve si hay o no que canalizar a la paciente, si le falta algún examen que no se realizó, siempre pasa, la profilaxis para protegerla con administración de antibiótico, se requiere de monitoria, uno ve cómo va la monitoria, se está pendiente, si está pujando y ya cuando uno va a la parte de la atención del parto, entonces uno pasa con el médico y la auxiliar de enfermería e inicialmente es la enfermera profesional porque es un equipo de trabajo muy pequeño y los tres prácticamente nos encargamos de ese proceso.

Todos los días de mi vida me pregunto si estoy preparada para atender un parto de bajo riesgo y cuando me he encontrado con esa situación sola, entro en pánico y miedo, a veces me pregunto ¿será que sí?, ¿será que no?, ¿será que voy a poder? porque no soy perfecta en el momento de atender ese niño aun sabiendo de que una de las médicas de aquí de una de la sala, me dijo “ven yo te enseño, ven para que aprendas” y fue muy bonito, fue genial tener ese bebé en mis manos, pero sentir ese miedo de que se te va a caer ese bebé, la cabeza, una cosa, otra, entonces es algo extraordinario pero de verdad sentiría que no soy capaz, no me sentiría capaz de atender un parto, pero sí me tocara y si me llegara el momento de ello, creo que estaría en todas las capacidades de hacerlo.

Facilidad, haberte mencionado que la atención del parto va a ser muy tranquilo, cuando se convierte en algo traumático es cuando uno piensa que toda la parte que ya ha sido valorada por ginecología y ya está todo listo y llega la atención del parto, el bebé no sale y se le dice a la mujer que puje y ese bebé no sale y uno al final se da cuenta de que está feliz y esa paciente que está en 10, que rompió membranas y uno dice ¿qué vamos a hacer?, corramos, que una cosa, que la otra, proceso de remisión; ese para mí creo que es un momento muy traumático porque uno inicialmente piensa en ellos dos, en esas dos personas que es la mujer y el bebé, pero al final todo se convierte en uno, en uno solo porque es una vida, una vida compartida; esa pienso que es una parte traumática para mí.

Dificultad en la atención de un parto; normalmente un parto es una urgencia y no hay clasificación para nosotros, toda mujer gestante es una, porque no sabemos las consecuencias de esas gestantes, de sus bombas de tiempo, entonces pienso que esa parte es como la más amplia, es el diario vivir, porque ahí uno ya no clasifica, esto es nivel 1. Si se nos complica un poco en la parte del municipio porque a veces la mujer no es de acá, está afiliada en otra parte, entonces a veces la parte de la entidad si se nos complica un poco porque finalmente uno atiende una urgencia y hace todo lo de la gestante pero empieza toda la parte administrativa.

Para nosotros las gestantes son una bomba de tiempo que en cualquier momento se nos puede complicar dependiendo del motivo de consulta, pero lo que está relacionado con la atención del parto no hay limitaciones, no hay barreras cuando hablamos de la atención del parto o el expulsivo normalmente porque nos ha llegado de otras entidades, ya el bebé en el canal vaginal, hay que atenderlo porque no se puede devolver; no se le puede decir “no te podemos atender porque no eres de acá”; se atiende, se le hace todo lo que necesita la gestante y la parte de lo que es el proceso de salud si se nos complica un poco debido a eso, lo que obedece a la parte administrativa si se tiene que gestionar mucho para poder obtener la autorización de la urgencia del parto, si está hospitalizado, si requiere medicamentos, paraclínicos; entonces a veces se complica pero normalmente siempre ha sido positiva porque encontramos la autorización de la gestante o de la puérpera por decirlo ya de otra manera, porque hemos encontrado esa solución, llega un problema pero se convierte en una solución para el vínculo, toda la parte profesional, de la puérpera, de todo lo que se usa aquí en ese momento.

Yo pienso que de toda esta experiencia y de todo el aprendizaje que uno va adquiriendo poco a poco, la estrategia principal para que una mujer tenga una experiencia más positiva de su parto es en el momento en que la gestante entra al control prenatal, todo arranca desde ahí porque ese profesional que está en ese vínculo, en ese punto es quien va a darle esas recomendaciones, esos aprendizajes, esa facilidad de que entienda; muchas veces es una necesidad de obligación asistir, que ellos sepan que es una obligación asistir porque es un bienestar para ambos, no solamente para el bebé, para poder identificar los riesgos que todos los días puede sobresalir por cualquier cosa por pequeña que sea, pero no se dan cuenta; entonces pienso que la estrategia principal es desde el control prenatal; de ahí para allá pienso que todo es añadidura, poco a poco porque se va aprendiendo, se va dando, se va reflejando lo que tú has hecho, como tú vas con tu proceso de trabajo, su embarazo, todo; yo pienso que lo inicial es eso principalmente pero si hemos encontrado bastante dificultad en la parte de control prenatal porque no hay retroalimentación, no sé qué pasa porque aquí la gestante llega y dice “es que no me explicaron nada”, entonces uno se pregunta ¿qué pasó con la respiración?, sabiendo que es el plus inicial de aprendizaje, la ganancia que tiene uno como profesional para atender el parto y ellas que son las que tienen que hacer todo el trabajo de parto, como toda esa guerra que tiene el uno y el otro para que todo salga a flote en la respiración, por ningún lado, uno dice “por favor cuenta hasta 5, cuenta hasta 10, sostenlo, respira”, se lo hace como con toda la temática pero a veces no resulta, dicen “no puedo” y uno dice “Tatiana por favor escucha, no me grites porque si tú gritas yo también te voy a gritar, tenemos que hablar entre ambas como mujeres, no te puedo decir que no te va

a doler, porque el parto te duele” y aún más porque nosotros aquí no inducimos parto, aquí nosotros no colocamos ningún analgésico, absolutamente nada, el manejo de dolor en ellas es con la respiración para que todo salga a la perfección por decirlo de alguna manera, pero yo digo que al final todo se ve porque se encuentra una comunicación muy asertiva entre paciente y profesional.

De los cuidados inicialmente siempre se lo damos a la parte médica porque también tiene que ver mucho, la revisión de la cavidad pélvica, pienso que es una de las más grandes para poder ir encabezando el cuidado, porque si hay ciertos riesgos, algún coágulo, eso puede convertirse para nosotros en un evento adverso y eso es lo que normalmente nosotros no queremos; entonces la idea arranca desde ahí, siempre empezar a revisar la cavidad pélvica, observar bien como está la placenta, que todo se encuentre bien ubicado; de ahí ya viene la parte del puerperio, los cuidados, empieza uno a tomar los signos vitales a los 15 minutos, a los 30 minutos, a la hora, mirar y vigilar el sangrado porque es muy importante también y ya lo que es el recién nacido, realizar la parte de la profilaxis, también mirar la saturación porque eso también es muy importante y de ahí para allá ir indagando, la vacunación que inicialmente se hace en el momento de la consulta, pero muchas veces no se hace porque viene la gestante con sus dolores que una cosa, entonces todo se le olvida, entonces cuando ya entra a la parte del puerperio pues dice “no me coloqué la DPT”, no me hice tal cosa, entonces ya viene uno a retomar nuevamente los cuidados que inicialmente deben de salir de acá.

Conozco la política 8230, de esa nueva política cosas han cambiado, no es mucho el cambio pero han habido cambios muy específicos de acuerdo a la RIAS, entonces pienso que sí estamos ganando en la atención del parto, también tener en cuenta lo que es un código rojo, que también cambió muchísimo en la RIAS y que también aplica para nosotros en la atención, porque tampoco podemos pensar de que no nos va a pasar nada, que llegue un código rojo, entonces son cosas que hay que tenerlas bien claras, la parte del momento de la atención, de poder medir la clasificación del sangrado para así mismo poder aplicar si es apta esa paciente para el momento de la planificación familiar, si tiene buena adherencia para colocarle el DIU, si se le puede colocar un implante; son muchas cosas relacionadas con la parte de la atención del parto; no conozco mucho tampoco porque estamos en el proceso de capacitación, de socialización, pero vamos poco a poco tomando lo que es nuevo, ahora la RIAS, realmente es algo muy amplio, a veces uno dice todos los días “otra vez las RIAS”, pero es importante y hay que aprendérsela y hay que tener claro en qué estamos trabajando.

Sugerencias, pues yo lo digo más que todo como en la parte del nivel 1, bueno hablemos como en general; uno en general siempre tiene como esa controversia, esa barrera de que como a ti no te pertenece entonces no te voy a atender, entonces empieza el paseo millonario, pero es el paseo del paciente; la paciente nunca va a estar en confort en su atención; entonces la idea es que todo centro de salud, toda institución o donde esté, que nos pongamos al menos en el en el zapato de esa paciente, porque en algún momento podemos ser nosotros o la familiar de esa persona que está en ese espacio que por x o y razón le tocó en ese sitio, y uno diga “no te voy a atender porque aquí tu no perteneces”, oye pues al menos atiéndemela y ya todo lo demás que se tenga que hacer, pero muchas veces no pasa, ponen a la gestante a pasear, a veces

ya cuando llega al último sitio es que ya a unas las atienden, porque ya se ganó el Madrazo, la insultada, entonces, ve atendéme, pues nosotros la atendemos pero entienda que no es culpa de nosotros si no que todo el vínculo o toda la parte de salud se ha como complicado; no sabemos hasta qué punto vamos a retomar o a sobrevivir.

4.1.3.3 Enfermeira 3

Com a E3 conversei via WhatsApp no dia 19 de março de 2019 para confirmar o encontro para a entrevista do dia 20 no hospital onde ela trabalha após ter se comunicado com uma pessoa da Secretaria de Saúde de Cali, do programa de Saúde sexual e reprodutiva; ela estabeleceu a comunicação com a enfermeira, explicando primeiramente sobre a mestranda, o projeto, objetivo e a colaboração por meio da entrevista, para o qual ela se dispôs a participar.

O encontro aconteceu as 2 horas da tarde no hospital na sala de partos, conversamos num dos quartos que se encontrava vazio; me apresentei e comecei a explicar mais a profundidade o estudo que estava desenvolvendo, o objetivo e a importância de realizá-lo; após falei da entrevista que seria gravada por meio de áudio e depois teria umas transformações na sua transcrição.

Foi entregue o TCLE e a carta de cessão, explicados e assinados pela colaboradora.

No momento em que comecei a estabelecer uma conversa com ela, fui observando suas falas e se que mostrava feliz ao contar sua experiência na atenção a mulher no processo de parto e nascimento, como se fosse sua paixão, além de ter um amplo conhecimento na área e acerca do parto humanizado. A entrevista com ela teve uma duração de 28 min com 35 seg.

Enfermeira 3 “Aquí se respeta mucho la cultura”

A narrativa: *Mi experiencia con relación al cuidado a la mujer en proceso de parto y nacimiento ha sido muy fascinante porque es el hecho de ayudar a la mujer a ese milagro de dar vida, a que ese milagro de ese ser tan esperado se le pueda cumplir en un ambiente cálido, humanizado, donde no hayan juzgamientos, en un ambiente donde realmente se le comprenda a la paciente*

el proceso que ella está teniendo y se le permita también el acompañamiento durante todo el proceso de parto, parto y puerperio.

El cuidado desde que ellas llegan va enfocado a la educación, se les educa en todo su proceso, manejamos pelotas de Pilates aquí, también comenzamos a orientar sobre las posiciones adecuadas que les ayuden durante su dilatación, se les enseña y se les realiza durante la práctica masajes, se les habla en un lenguaje no técnico que sea entendible para ellas, todo lo que ellas necesiten, cualquier duda, inquietud que tengan se les resuelve, todo el tiempo uno está pendiente, casi que se da una atención personalizada y eso se siente muy gratificante porque el que ellas te digan “gracias” en medio de su dolor, “me sentí bien como en mi casa”, eso es gratificante para uno porque al menos se le reconoce que lo que hizo, lo hizo bien o así no te digan gracias y todo salió súper bien, ver a su mamá contenta con su hijo, que no hubo ninguna complicación en ningún momento, también es gratificante para uno porque uno dice “listo pues también intervine”, cada uno da su aporte también, hubo procesos en el cuidado y la paciente se siente súper satisfecha.

Ellas aquí llegan y se las hospitaliza en trabajo de parto con dilatación de 4 centímetros, en ese momento se les pide a todas la pañalera, las cosas personales para hospitalizar, si ellas desean acostarse se les permite para que ellas descansen, pero si ellas dicen “yo quiero hacer, caminar, hacer ejercicios en la pelota, hacer cunclillas”, igual se les permite; ellas siempre ingresan con sus acompañantes, se respeta mucho si ellas no desean venir depiladas, aquí se les respeta mucho la cultura y cómo la mujer se sienta; nosotros no le imponemos es que tienes que estar así no, es como ellas se sientan bien y desde ese momento se le explica todo el proceso, se da apoyo del personal asistencial y cuando ya están listas para el parto, cuando se encuentran en expulsivo también ingresamos con la atención de ella y su recién nacido; tenemos un aporte muy importante y es que aparte del ingreso del acompañante realizamos contacto piel a piel inmediatamente, no se hace corte inmediato del cordón umbilical y algo que les fascina mucho es que el acompañante se le permite el corte del cordón umbilical, además de que se captura la imagen para recuerdo de ellos, imágenes que no van a interferir con las partes íntimas de la usuaria como por situaciones legales; entonces se les permite tomar la fotografía, donde se captura el menor, su madre y el acompañante que muchas veces es el padre del bebé, en ese momento la madre está feliz, el dolor se le disminuye con ver llorar a su bebé y tocarlo; realmente es un momento muy agradable, es como si uno se metiera en esa familia, como que lo estamos esperando; hemos vivido situaciones en las que el padre y la madre lloran desesperadamente y que uno dice “será verdad”, pero realmente es como un sentimiento de gozar una nueva vida, la esperada. Después de la atención del parto y del recién nacido ya los pasamos a puerperio, allí tienen una duración aproximada de hospitalización de 24 horas, después se les da el egreso, en esa sala sigue el acompañante, el familiar que ellas hayan escogido y nosotros intervenimos inmediatamente en la lactancia materna, les enseñamos las prácticas, se les hace masaje en la espalda si de pronto están muy tensionadas y les enseñamos todos los beneficios y todas las ventajas, la técnica, como ellas deben aprender a identificar para que sea una lactancia feliz.

yo me siento preparada para atender un parto directamente, de hecho aquí me ha tocado atenderlos porque cuando hay partos simultáneos, el médico general

se va con uno y la jefe con otro, entonces lo he atendido; durante mi experiencia aquí de dos años he atendido más de 10 partos sola, porque a veces el médico está ocupado; nuestro volumen no es tan grande, nosotros atendemos maso menos de 35 a 45 partos al mes y en los meses como septiembre se atienden un poco más; a veces el medico colapsa, a veces el medico está con una paciente en su atención y pues me toca a mí agarrar la otra paciente y sí, yo creo que uno en la escuela de formación no sale como tan perfecto; la primera vez pues uno obviamente es como nervioso pero a la vez hay que hacerlo, es una vida que viene y estoy casi sola, entonces toca; se siente mucha adrenalina pero realmente se hace y sale bien.

Estrategias de cuidado para la mujer que se encuentra en trabajo de parto; yo diría que todo lo que es la implementación de las pelotas de pilates, nosotros también tenemos mediante imágenes las posiciones que ellas pueden adquirir para ayudar en su proceso de dilatación, como induce esa pelota, les fascina mucho porque se sienten relajadas, sienten que el bebé no les apoya estando sentadas y también a nosotros nos favorece porque ellas dilatan muy rápido; realmente vemos que es muy efectivo y otro de los cuidados es que cuando ellas están muy tensionadas, vemos que el proceso como que no avanza, entonces vamos y les hacemos masajes en la espalda, en la pelvis, le decimos “tranquilízate, ven respiremos así”, entonces les enseñamos como deben respirar; a veces uno les dice “respiren” pero ellas no saben cómo hacerlo bien, entonces nosotros le decimos “mírame, hagámoslo juntas, respiremos despacio, vamos a tomar aire profundo y empezamos con ellas a practicar; estamos pendientes del bebé, tomándole sus fetocardias y monitorizando cuando sea necesario; acá tampoco es que las tengamos amarradas ahí cien por ciento, pues porque son pacientes de bajo riesgo pero mantenemos muy pendientes del proceso.

Acá no atendemos pacientes de alto ni muy alto riesgo, cuando llega un alto riesgo en expulsivo hay que atenderlo pero si llega con posibilidad de remisión, se lleva como urgencia vital o se remite a niveles complementarios, pero aquí no se atiende porque solamente el personal está compuesto por un médico, la enfermera profesional y auxiliares de enfermería, contamos con ginecología pero solo llamado o a veces presencial pero los lunes, martes y jueves en horarios de la mañana, entonces si de pronto sucede en esos horarios pues se piden interconsultas, de lo contrario las interconsultas son vía telefónica pero aquí ningún alto riesgo es atendido, todo se remite.

Conozco la guía de práctica clínica del ministerio, ahora tenemos la Ruta Materno perinatal que es la Resolución 3280 y es la que tenemos en implementación; conozco la Ley 066 donde habla todo lo del proceso de trabajo de parto, parto y puerperio de manera humanizada donde, aclara los derechos que tiene la mujer durante sus fases, entre ellos estar acompañada, procurar para que tenga un parto natural que es el parto vaginal. La guía de la práctica clínica la acabe de leer y las RIAS sí nos la dieron a conocer en la institución porque como es algo nuevo, salió en el 2018, entonces está en implementación, esa si está en la institución para nosotros empezar a hacer todos los procesos que ahí nos implica y la otra ley sí ya como de manera personal, fui buscando más de parto humanizado, que más existe de los derechos de la mujer en Colombia, entonces encontré la ley 0623 de 2017 de Colombia.

Realmente hemos evidenciado que a veces la población adolescente es menos complicada, pero no sabemos si es que vienen aterrorizadas por las mamás que les dicen “pórtese bien”, pero son las más juiciosas o en cambio las multíparas o que tengan más de 35 años, ya tuvieron un hijo, es como si no se supieran comportar, entonces nos tiran patadas, nos aruñan, no se quedan quietas, uno les dice, “mira, ven, hagámoslo así, espera”, tienen un umbral de dolor demasiado bajo, entonces realmente si hemos evidenciado eso, o sea no todo es perfecto, hay muchas dificultades todos los días, como que no se concentran muy bien, a pesar de que tienen experiencia, uno creería que las personas con experiencia son las mejores pacientes, pero las pacientes con experiencia son las que menos comportamiento adecuado tienen y también las adolescentes, las primigestas es como que entienden más, es como si ellas hubieran leído más, ellas vienen más dispuestas a lo que les digan, “ojalá mi bebé salga bien”, eso sí hemos evidenciado, entonces a veces si vemos más dificultades en las mujeres con mayor experiencia, sistema de salud de Colombia!, realmente es un tema muy preocupante, pues las atenciones del parto son por urgencia, entonces lo que llegue se puede atender, pero ya a la hora de mandar procedimientos y esas cosas, si no te autorizan no puedes hacer nada, entonces no todas tienen las mismas oportunidades; por ejemplo aquí ya salen con métodos de planificación familiar, según la escogencia de ellas ya que está dentro de sus derechos sexuales y reproductivos, pero resulta que es muy apetecido el implante subdérmico para algunas EPS, para otras no y si ellas no autorizan entonces no se les puede poner, entonces de aquí salen con un método casi que el sistema se los impone y no el que ellas desean para salir; entonces uno mira que no es muy bueno; por ejemplo para exámenes del recién nacido es también un caos o si la paciente es de bajo riesgo y por x o y circunstancia se complicó, el sistema de referencia es perverso, hay EPS en que su sistema de referencia está en Popayán entonces hay que esperar hasta tener respuesta por allá, o sea casi que nosotros tenemos que sacar a las pacientes como urgencia vital porque no te dan respuesta, entonces si sufrimos mucho con el sistema de salud, vemos que no se les brindan las oportunidades a todas, aunque uno como EPS trata de hacer todo con todo, pero a veces lo limita eso, son cosas que no se pueden porque no lo autorizan, entonces son recursos que no pagan, entonces si encontramos limitaciones en eso. En cuanto a las facilidades yo diría que existen como 2 EPS que facilita, o sea, te dicen “mira, lo que sea necesario para esa mujer, déselo”, de resto no.

Para que una mujer tenga una experiencia más positiva de su parto, inicialmente me gustaría pero es imposible que se acaben las EPS, pero si sería un control más directo sobre ellas, que al menos a las gestantes no se les prohíba de muchas cosas, si no que sea una prestación de servicio full, que lo que ellas necesiten se los den, que no haya problema, que no se necesite de autorización, que haya un sistema de referencia único donde uno se comunique y haya disponibilidad porque eso también nos ayuda a la reducción de la morbilidad y mortalidad, porque si hay un buen sistema de referencia, de emergencia, pues tu puedes solucionar mucho más rápido y por ende todos los procesos, o sea, a veces hay mujeres que son de bajo riesgo y quisieran parir por ejemplo aquí, pero si la EPS no tiene convenio aquí, no puede parir aquí, entonces son limitantes, la mujer no puede parir donde desea si no donde le exige el sistema, o a veces son mujeres de bajo riesgo y ellas mismas dicen yo soy de bajo riesgo, “no, pero tú tienes que ir a parir es en la clínica tal, no

puedes parir acá”, entonces ellas vienen aquí y me dicen, “no, yo voy a pagar particular porque yo no quiero parir por allá, quiero parir acá, quiero un ambiente tranquilo donde yo no tenga que ver a la una llorando, donde tenga que ver el pasillo lleno de pacientes, donde vea que el personal colapsa de tanto paciente porque ya no pueden” y donde ellas dicen “yo veo que esos niños nacen en las sillas o ahí paradas y yo no quiero ese momento, o sea se les vuelve traumático su proceso de parto y yo considero que eso no es lo normal; cuando uno atiende a la gestante, uno quiere que todo sea maravilloso, que su hijo nazca en un ambiente bien, pero que uno también se haya sentido bien; entonces si encontramos eso, entonces sí sería una sugerencia como un aporte, al menos a la gestante, se dé otra parte de un sistema, que ellas escojan donde parir de acuerdo a su riesgo y que no se las limite por el sistema; aquí si hemos atendido partos particulares que pertenecen a un sistema pero que ellas no quieren donde les exigen que lo tengan, entonces deciden pagarlo; ellas no deberían pagarlo porque eso le corresponde a la EPS, pero no les dan la oportunidad, entonces ellas deciden pagarlo; se les da esa oportunidad, en la ley habla mucho de que la mujer debe decidir y no se da, de hecho no se insta tampoco por hablarles del parto, más bien a veces lo vuelven punitivo, señora va a sufrir, mejor yo le sugiero un cesárea, ¿usted es cobarde?, entonces ellas buscan el facilismo, a veces también las incitan a eso; a veces ellas no lo piden y les dan cesárea por x o y razón y entonces uno ve que no se les respeta el derecho, pero a veces también es conocimiento, muchas veces las personas no saben que tienen derecho a; ellas van a una clínica y dicen “es que yo quiero que alguien esté conmigo porque me siento sola” y les dicen “no señora, aquí no pueden entrar”; ellas no saben que es su derecho, no es si la institución quiere o no, es su derecho de estar acompañada en su momento, pero como pues nadie lo sabe, nadie lo va a decir.

Sugerencia, nosotros estamos ahorita con la implementación del parto humanizado, entonces digamos que ha sido con muchos resultados el ingreso del acompañante, es diferente cuando la mujer está acompañada en su momento a cuando deja al familiar afuera, es que el familiar afuera está preguntando, “quien me dice qué está pasando con ella” ¿qué están haciendo?, ¿está bien?, es diferente cuando está adentro acompañándola, ni te molestan, porque sabe cómo está su paciente, él está viviendo el proceso con su paciente, porque él sabe que ella está bien, entonces ni está desesperado en la sala de espera diciéndole a todo el mundo “es que nadie me da razón de mi paciente”, no sé nada y ya han pasado 5 horas y puede ser una hora pero para él es eterno y nadie me dice qué está pasando y entonces se desespera y hasta el personal, porque ellos empiezan a alborotarse y entonces si hemos evidenciado eso, la diferencia entre permitir el acompañamiento y limitarlo es bastante, se ve bastante, es muy bien permitir el ingreso. En cuanto a los cuidados, para nosotros lo que estamos haciendo, consideramos que ha sido algo muy diferencial, algo que nos ha ayudado mucho, que nos ha llevado mucho al respeto de la mujer y que la mujer se sienta bien y hasta ahora aunque no lo tengo evaluado en encuestas de satisfacción te diría que más del 95% salen muy contentas de la atención, ellas son muy felices porque todo el personal sabe de la violencia obstétrica, entonces ninguna se limita como a gestionarla ni a tirarle sátiras independientemente de su comportamiento, que a veces hay unas que realmente son muy groseras pero el personal más bien es

como, si ella está así yo mejor me retiro, pero nosotros siempre nos limitamos a no incurrir en una violencia obstétrica. De pronto una sugerencia más de que la mujer trate de ver otra forma de parir, que no sea la convencional, que no sea solamente acostada, que ella piense en otras ideas, ella mire los beneficios de como parir en cuatro por ejemplo o sentada, es como tratar de quitar esas ideas que uno siempre ha tenido, de que tiene parir en una camilla, abierta nomás y acostada; pero sí, yo creo que sería más como eso, de pronto sea mucho más rápido, a veces uno ve que acostadas es más torturante, porque obviamente por gravedad no nos favorece, entonces por ende ellas se van a demorar más para parir y si no pujan también, peor, no es que ayude mucho, a diferencia de que cuando está en la otra, sí por gravedad, uno les favorece, dos lo asimilan como si estuvieran en el baño, entonces ellas saben que sentadas es como que pujen y pujan abajo, en cambio cuando están acostadas, uno les dice "pujen" y pujan en la garganta, no sí, yo pensaría que sería cambiar la percepción de como parir.

Hoy en día la gente cree que las clínicas y el parir por cesárea son como el mejor y más de moda que el parto normal y no ven los beneficios, tú ves una paciente con cesárea, salir de un hospital, casi que tiene todo el mundo que sostenerla porque todo le duele.

4.1.3.4 Enfermeira 4

Com a E4 o primeiro contato foi estabelecido com uma das informantes chaves através de uma chamada, na qual explicou o seu motivo, falou da mestrandia e começou a explicar um pouco o projeto que tinha a ver com a área de seu desenvolvimento, perguntou se gostaria de participar do estudo e concretar um encontro, para o qual ela interessou-se dando uma resposta positiva.

Comuniquei-me com ela no dia 19 de março via WhatsApp, explicando quem sou, sobre o projeto e marcamos o encontro para a realização da entrevista para o dia 26 de março nas instalações da clínica onde ela trabalha atualmente.

No encontro primeiramente nos apresentamos e ela me fez uma pequena indução do lugar me mostrando o posto de enfermeiras, os consultórios e ficamos em um deles. Aí expliquei melhor o propósito do projeto, fiz entrega do TCLE que após a leitura foi assinado e a carta de cessão para o uso da entrevista, sendo autorizada por ela.

Ela foi amável e mostrou interesse por colaborar no estudo; durante o registro da entrevista sempre se mostrava segura sobre aquilo que falava, era evidente o tempo de experiência que tinha na área de obstetrícia. Durante a entrevista houve algumas interrupções já que ela estava no horário de trabalho e tinha que atender processos administrativos e assistenciais; no entanto a entrevista concluiu-se satisfatoriamente com uma duração de 26 min e 50 segs.

Enfermeira 4 “La constante actualización es fundamental en el área obstétrica para garantizar el bienestar del binomio”

A narrativa: *Yo empecé a trabajar en sala de partos en el año 2008, siempre he trabajado en el área materno perinatal en salas de parto y en las unidades de cuidado intensivo de recién nacidos; mi experiencia ha sido muy gratificante, con el tiempo he adquirido mucho conocimiento porque diez años atrás las cosas se manejaban muy diferente a como se manejan hoy, entonces constantemente la parte obstétrica se ha actualizado mucho y las cosas han cambiado también; la verdad es un área muy bonita de mucho cuidado porque son dos vidas las que vas a cuidar y la constante actualización es fundamental en ésta área para poder garantizar el bienestar del binomio; ha sido de verdad una experiencia muy gratificante, muy bonita y muy enriquecedora.*

Las estadísticas nos han mostrado que la principal causa de muerte materna es la hemorragia posparto; 10 años atrás uno manejaba la hemorragia posparto con medidas convencionales que era la oxitocina, si el sangrado no paraba inmediatamente se corría a hacer una histerectomía independientemente de la edad de la mujer porque había que salvarle la vida, entonces no importaba si era primigesta y solamente se quedaba con un hijo, había que salvarle la vida y si se tenía que extraer el útero y no paraba el sangrado había que hacerlo. Ahora han salido muchas cosas más para poder proteger a la mamá y poder darle un futuro a ella para que tenga más bebés y para que no se muera; como lo son ahora el uso del balón de bacri y el traje antichoque, son medidas que antes no habían y si hubiesen habido habríamos evitado muchas muertes maternas, entonces por ejemplo, ahora una hemorragia posparto se maneja toda la parte farmacológica que antes solamente era oxitocina, ahora se usa oxitocina, mysoprostol, el metergino, varios medicamentos y tranexam para mirar si el sangrado no para, si no ya tenemos esas medidas que afortunadamente las tenemos en esta institución, desafortunadamente no la hay en otros; en otras IPS, en otros centros de salud nivel 1, no cuentan con eso, sin embargo todavía se ve que toca a veces correr porque no tienen esos elementos desafortunadamente, pero gracias a Dios se ha modernizado y las estadísticas nos muestran que ya las mamás no se nos están muriendo por hemorragias posparto. El traje antichoque es nuevo y el balón de bacri también, ya los están implementado y en casi que todas las clínicas ya los tienen, ya está el protocolo de código rojo que antes no lo había, todo el mundo sabe cuál es su asignación, la verdad es muy grato trabajar en un código rojo con el equipo de trabajo porque todo el mundo está alineado y cada uno sabe cuáles

son sus funciones y nuestro objetivo que es sacar esa mamá adelante para que pueda estar con su bebé. Todo el personal tiene su capacitación en código rojo y constantemente lo hacen; ahora por ejemplo hay un kit de emergencia obstétrica en sala de partos como lo establece la nueva resolución que antes no había, uno tenía que salir corriendo a buscar las cosas a una farmacia, por norma en cada sala de partos debe haber un kit de emergencia obstétrica que es precisamente para atender todo lo que sea de emergencia obstétrica, entonces no hay necesidad de que la gente salga corriendo, uno abre el carro y ahí están todos los medicamentos que se necesitan para atender el código rojo para que sea más rápido.

Se supone que toda embarazada necesita una atención prioritaria así tenga 5 semanas o tenga las 40.5, debe ser una atención prioritaria y oportuna; pacientes que nos llegan acá en trabajo de parto, el cuidado de enfermería es velar porque ese binomio madre e hijo egrese de la clínica en condiciones óptimas y se vayan para su casa; el cuidado de enfermería es velar porque la mujer tenga su parto bien, que no hayan complicaciones, estar monitorizando la paciente todo el tiempo, aquí no se hace monitoria fetal continua pero si como protocolo tenemos que hacerla cada tres horas porque es vital, nosotras acá somos bien juiciosas cada tres horas haciendo la monitoria para poder identificar cualquier riesgo que esté pasando en ese feto, el control de signos vitales es muy importante a las pacientes con trastornos hipertensivos, por regla tenemos que estarlas controlando cada hora, a las gestantes que están normal se controlan cada dos horas para identificar cualquier alteración que pase durante el trabajo de parto, estar vigilando la actividad uterina, el medicamento que le estamos colocando, que se le esté colocando a la dosis correcta, que la actividad uterina sea la adecuada, estar vigilando las pérdidas vaginales de la paciente, que no vaya a presentar sangrado, que si presentó salida de líquido, entonces ver las características de ese líquido.

Yo me siento capacitada para atender un parto directamente, acá nos toca todo el tiempo porque la demanda de pacientes ha aumentado, aquí durante el día siempre hay dos ginecólogos pero en la noche solo hay uno, entonces si en la noche el ginecólogo está operando una cesárea de emergencia y tenemos una paciente en expulsivo, a las jefes nos corresponde atender el parto sea de bajo riesgo o de alto riesgo, todas las enfermeras estamos capacitadas y entrenadas por el volumen de pacientes, desafortunadamente nos ha tocado porque se supone que en este nivel quien debe atender el parto es el ginecólogo porque estamos en un nivel tres, casi cuatro, entonces se supone que aquí ninguna enfermera debe atender un parto pero si nos pasa nos ha ido bien porque aquí nos capacitan. En un parto normal está siempre el ginecólogo, la enfermera jefe, la auxiliar, el pediatra y un interno; aquí hicieron convenio con la universidad Libre, entonces aquí rotan los internos y siempre hay uno en cada turno, la idea es que a ellos los entrenen también para que atiendan partos, si son partos de bajo riesgo se les da la oportunidad de que ellos lo atiendan y si es un parto complicado lo atiende el ginecólogo y siempre está acompañado.

Nosotras como enfermeras durante el parto estamos en el acompañamiento de la paciente, dándole educación, enseñándole como debe pujar, como respirar, estamos pendientes de la administración de la oxitocina en el alumbramiento y si la paciente no presenta ninguna clase de sangrado u complicación nos vamos a atender al recién nacido con el pediatra, si de pronto la paciente

presenta un código o una hemorragia leve nosotros acolitamos al ginecólogo en la parte de la sutura y estamos pendientes en la parte de la administración de medicamentos atendiendo el código rojo.

Estrategia fundamental para que una mujer tenga una experiencia más positiva de su parto, ahora estamos en todo lo de parto humanizado, la verdad es muy importante para que las mamás vean el parto de otra manera, de por sí ellas llegan muy asustadas acá, dicen “me va doler”, “como va a ser”, “me van a tratar mal”, “voy a gritar”, “voy a estresar a la gente”, entonces llegan aquí con una cantidad de estrés, llenas de cosas negativas por experiencias que les han contado amigas o familiares; la idea es ellas lleguen aquí y se den cuenta de que las cosas no son así, afortunadamente el personal auxiliar se ha entrenado mucho sobre la parte de humanización de las pacientes en trabajo de parto, tratamos de que la paciente esté en un acompañamiento durante todo su proceso de parto con quien desee tener a su lado, y nos ha ido muy bien, ellas miran que el familiar está y son calmadas, respiran como debe ser, el familiar se sale y se nos descompensan horrible, por eso hemos optado de que el familiar permanezca todo el tiempo, le explicamos todo al familiar y a la paciente; tratamos de que el esposo o el familiar que esté con ella pueda entrar al parto, pueda grabar, pueda estar con ella, con su bebé, la idea es que el bebé siempre permanezca al lado de ella porque hay mucho temor a veces, incluso lo dicen de que “me cambien él bebe”, le pongan otro nombre, entonces la idea que nosotros tenemos es que el bebé siempre permanezca al lado de la mamá para que no tenga desconfianza; la identificación de los recién nacidos para nosotros es como lo principal aquí para que ellas tengan seguridad de que no les vamos a cambiar su bebé ni nada y lo fundamental y que nos ha gustado mucho es la parte de que el familiar pueda estar con ellas, ellas con eso cambian totalmente las experiencias negativas que traen de la calle, ellas mismas dicen “acá es tan diferente”; lo otro es la parte del dolor, si ellas lo desean se les coloca analgesia epidural, eso les quita mucho dolor, eso también es muy positivo para ellas, se le da mucha educación a la gestante desde que ingresa, de la respiración, sobre los cuidados en el posparto, los cuidados al recién nacido, en el puerperio se vigila mucho el sangrado vaginal durante las dos primeras horas, el control de signos vitales se realiza cada 15 minutos durante dos horas, se hace el acompañamiento en la lactancia materna, se le explica cómo debe colocar al bebé, las técnicas, las posiciones para una lactancia efectiva, se educa también al familiar.

A la mujer se la deja tener su parto en la posición que ella quiera, nosotros tenemos un convenio con las indígenas que es la Asociación Nacional del Cauca, con ellas las cosas son supremamente tensas, porque a ellas les cuesta mucho trabajo venir a tener su bebé a una institución de salud, muchas veces dicen “la partera me mandó al centro de salud de mi resguardo y me dijo que tenía que consultar mejor”, el médico del resguardo las envía para acá y ellas vienen y dicen “pero porqué me mandan para acá si la partera me dijo que iba a tener mi parto normal”, “me mandaron porque el médico quiso”; generalmente ellas no vienen por voluntad propia si no porque las envían, entonces ellas tienen como muchas cosas diferentes a las nuestras de acá de la ciudad; ellas hacen su trabajo de parto en cunclillas, paradas, en cuatro, aquí las dejamos adoptar la posición que ellas quieran, eso es su cultura entonces hay que respetarla, incluso hay muchas que se llevan la placenta, porque las siembran y es algo como para marcar territorio, ellas tienen muchas creencias,

entonces aquí nosotros tratamos de respetar sus ideas, hacer su trabajo de parto como quieran, acá se los permitimos porque eso está dentro de los criterios de la OMS de parto humanizado, si ellas no quieren hacerse episiotomía, porque hay muchas que dicen no me vayan a rajar, no me vayan a cortar, entonces se respeta, se trata de proteger periné y en lo mínimo si no se puede hacer episiotomía se trata de proteger, ya si se desgarró se sutura.

Cuando ellas adoptan la posición en cunclillas, en la sala de partos hay una camilla muy parecida a la convencional y los ginecólogos dejan que ellas adopten la posición que quieran, incluso una indígena que vino hace poco dijo "yo lo quiero tener en el piso", entonces se le acomodó, se le puso su colchoneta y ella tuvo su parto ahí y se le atendió su parto normal y les va súper bien, ni se desgarró, ni nada. Acá se trata de respetar como ellas quieran, si ellas quieren caminar, incluso anteriormente uno tenía la creencia de que cuando rompía membranas la paciente no se podía parar de la cama porque se podía salir el cordón y a uno lo regañaban los ginecólogos; ahora si ellas quieren deambular hay que permitirselos, incluso eso lo hacemos, si la paciente no quiere estar acostada y se quiere parar, uno le suelta la bomba de infusión para que camine un rato y se trata de respetar todas esas cosas porque se trata del parto humanizado y les va muy bien; hay mamás que no quieren que se les ponga la oxitocina, ellas quieren evolucionar solas, entonces no se les pone.

Más que todo son las mujeres indígenas las que han optado por esas posiciones, muy pocas son las mamás del área urbana, porque antes quieren que las acuesten todo el tiempo, no quieren ni pararse para ir al baño, pero todo se les explica.

Acá las pacientes se hospitalizan cuando están por encima de 3 de dilatación y un borramiento del 80%, si están menos, las ponen a caminar y luego se hospitalizan, pero si la paciente está en 1 o 2 de dilatación quiere decir que está en parto, entonces se las manda para su casa y que vuelvan a control en 24 horas.

Con relación a las políticas de la gestante aquí en Colombia ahora estamos con una circular que está manejando todo lo del parto humanizado, los cuidados que hay que tener, toda la parte del código rojo, y ahora se están implementando todas las rutas de atención a la gestante, control perinatal.

Aquí no tenemos ninguna clase de dificultad para atender el parto, afortunadamente tenemos todo lo que necesitamos para la atención, la verdad no siento que me falte algo aquí. Primero, contamos con toda la tecnología para poder atender el parto y alguna complicación, contamos con una sala de partos adecuada, con todos los implementos para una reanimación neonatal por si se necesita, para una reanimación materna, contamos con una unidad de cuidado intensivo adulto por si la mamá se nos complica, inmediatamente siempre tenemos un cupo disponible para nosotros, tenemos siempre disponible un quirófano por si hay alguna complicación hay que hacer una cesárea inmediata, tenemos toda la facilidad para poder atender un parto y cualquier complicación; el equipo de trabajo es muy bueno, nosotros contamos con 14 ginecólogos de planta en este momento, todos capacitados constantemente en emergencias obstétricas, nuestro personal auxiliar lleva muchos años, nosotras también, aquí hay gente de 20 años, las enfermeras casi todas llevamos más de 8 años de experiencia, aquí hay gente muy bien entrenada, la verdad somos un buen equipo de trabajo.

Es muy importante que en donde se atienda un parto, así sea de bajo riesgo, el personal siempre esté entrenado, no lo digo por esta clínica si no de pronto por otras partes, porque a veces nos traen pacientes remitidas y uno se da cuenta que el manejo que les dan inicial no es el adecuado, eso es precisamente porque el personal no está capacitado, entonces es fundamental siempre entrenar al personal para que se encargue del cuidado materno perinatal, que contemos con la capacidad tecnológica para atender un parto a nivel nacional, que estemos más a la norma, que haya más parto humanizado, porque uno se da cuenta que en otras partes las gritan, las tratan mal y de verdad que yo también tengo un hijo y uno va con tanto miedo de que venga otro y lo regañe, eso es horrible; entonces es importante sensibilizar más a la gente de que tenemos que ser más humanos con las maternas; el entrenamiento es fundamental en cualquier parte donde se manejen las maternas, que los estén actualizando todo el tiempo, porque todo cambia, todos los días salen cosas nuevas; después de que uno tenga todo el equipo, los insumos, los medicamentos y que el personal esté entrenado uno saca a una mamá adelante.

Para mí parto humanizado es brindar mucha educación, tener un grado de tolerancia alto con ellas porque el umbral de dolor para todas las mujeres no es el mismo, hay unas que les duele mucho, hay otras que no les duele, entonces tener esa tolerancia de estarlas ayudando, “mira respira así, no respire así”, pero con tolerancia y respeto hacia esa mamá siempre tratar de que ella esté acompañada, de que en su parto esté realmente todo el equipo de trabajo disponible ante cualquier emergencia, porque no es solamente hablarle bonito y uno atender sola el parto, porque un parto humanizado es que todo el equipo esté ahí pendiente y que a la primera complicación todos podamos responder oportunamente para poder garantizar que ese binomio salga bien.

Me parece oportuno el estudio que estás haciendo porque desafortunadamente uno en esto puede tener muchos años de experiencia pero todo se vuelve rutinario, monótono, entonces esto lo hace a uno despertar, bueno, estamos haciendo las cosas bien o las estamos haciendo mal, en qué estamos fallando. Tú me has hecho énfasis en el parto humanizado, entonces que nos demos cuenta si realmente estamos haciendo un parto humanizado con estas mamás, y como evaluarnos a todo el personal que manejamos a todas estas maternas, de verdad si estamos haciendo bien las cosas o nos estamos volviendo rutinarios porque nos toca venir a trabajar y punto, que nos demos cuenta que esto es un área muy bonita, que son dos vidas y hay una expectativa a fuera que son todos los familiares esperando este acontecimiento, que para la gente es muy grande; nosotros estamos en un área que es muy bonita, darle la noticia a alguien de que nació su bebé, nació esa esperanza, de que todo está bien; la cara de esa gente es algo que realmente gratifica, ver la cara de todas esas personas porque su bebé y su mamá están bien.

4.1.3.5 Enfermeira 5

No dia 19 de março de manhã fui convidada para uma reunião na Secretaria de Saúde de Cali pela representante do Programa de Saúde Sexual

e Reprodutiva, encontro onde iria-se discutir estudos de caso entre médicos e enfermeiras da área da obstetrícia; esse foi um dos passos principais para a construção da rede porque conheci algumas enfermeiras que trabalham na atenção a mulher no processo de parto e nascimento o que permitiu uma aproximação com elas e explicar o projeto. Foi nessa reunião que conheci a E5, que me manifestou seu interesse em colaborar na pesquisa e contribuir no propósito dela após ter explicado em que consistia a sua colaboração.

Assim ela me informou seu número de telefone, pelo qual o mesmo dia via WhatsApp marcamos o encontro para o dia 26 de março na clínica onde ela trabalha, sendo o lugar de sua escolha.

O encontro aconteceu às 10h 30min da manhã; nós fomos para um pequeno quarto onde as gestantes se vestiam quando entravam trabalho parto; ali expliquei novamente o projeto, objetivo e a entrevista a ser realizada por meio de um gravador digital, fiz entregue o TCLE e carta de cessão, documentos que foram assinados por ela após ter lido e compreendido.

Na entrevista ela se mostrava segura e motivada falando sobre a sua experiência como enfermeira da sala de partos, descrevendo as coisas boas, mas também as ruins que acabam por afetar a saúde da mulher e as relações entre a equipe de trabalho. A entrevista teve uma duração de 30 min na qual se apresentaram algumas interrupções devido à concorrência das pacientes e profissionais, mas cumpriu seu objetivo.

Enfermeira 5 “Siempre tratamos de apagar incendios”

A narrativa: *Mi experiencia la verdad es un proceso largo, inicié en la Clínica Rafael Uribe, allí todo se encontraba conjunto en el área, estaba la sala de urgencias, hospitalización, alta emergencia obstétrica, trabajo de parto, puerperio inmediato y puerperio mediato también.*

Siempre se ha visto de que la mujer no es sola, es binomio madre-hijo y que no se tiene una sola paciente sino que tenemos dos y su entorno, en este caso todo lo que tiene que ver con la familia; no solamente debemos ver a la paciente como persona sola, sino como una conglomeración de personas que están en beneficio tanto de la mamá como del bebé; dentro de todo este proceso se tiene muy en cuenta todo lo que tiene que ver con el factor sociocultural, económico y demográfico, lo que hace que haya una buena accesibilidad a las pacientes para cualquier clínica como tal de Cali; entonces eso es algo muy importante porque a nosotros nos han enseñado en la

academia de que debemos atender a cualquier tipo de pacientes, pero afrontar la cultura y todo lo que tiene que ver con el proceso no siempre es lo mismo como uno cree que debería ser; entonces uno debe desempeñar muchos roles en relación, lo que tiene que ver con las emociones que tienen los familiares más que todo, más que las pacientes, las que tienen los familiares frente a la atención de la persona; y otra cosa son los estigmas que tienen los mismos familiares y la paciente frente a la atención como tal de la mamá y del bebé.

En cuanto a la experiencia me ha parecido que eso tiene muchas facetas pero mientras usted le tenga amor a lo que realiza, yo creo que nunca va a ser difícil, siempre y cuando le guste lo que hace; como todo hay altibajos, de pronto hay días en que incluso la parte emocional de uno lo afecta, pero uno sabe que cuando uno vive del trabajo tiene que enfrentarse a otro tipo de situaciones, donde todo el mundo debe aprender a no mezclar eso y a saber de qué usted debe de tratar a las personas con respeto y que ellos hacen parte de otro entorno en el cual uno no debe desahogarse, no debe de ser ni el lugar ni el área para uno atacar, uno debe saber cómo afrontar ese tipo de situaciones y abrirla en dos vertientes totalmente diferentes, ya que finalmente nuestros pacientes son los que a nosotros nos dan la salud, la economía, la estabilidad tanto laboral como profesional, entonces siempre de debe tratar a las personas de la misma manera independientemente de los problemas personales que uno tenga.

Acá en la Clínica Versalles el cuidado lo iniciamos desde el control prenatal que hacemos con algunas entidades, otras ya nos las entregan a nosotros en la semana 37, básicamente siempre va a ser la educación y la comprensión con la madre, el bebé y la familia; yo creo que sí desde el principio educamos a las personas, les dejamos políticas, reglamentos y condiciones claras, esto no va a entorpecer el cuidado ni la atención de la paciente, porque muchas veces las personas tienden a confundirse u omitir información si ésta no se deja clara, entonces el cuidado va desde ahí, que nosotros les brindemos a las pacientes y a sus familias educación para que sea un proceso ameno, que no se sienta como una carga, sino como una ayuda tanto del personal como para la familia, porque si ambos tienen la misma información y se basa en lo que nosotros les estamos entregando de comunicación va a ser mucho más fácil el proceso de atención y recuperación de la materna y el bebé.

En teoría yo le podría decir que sí me siento preparada para atender directamente un parto de bajo riesgo, pero como cada entidad tiene sus protocolos y sus políticas institucionales uno se debe basar en eso, pero en teoría sí me sentiría preparada, creo que aún me falta mucho por aprender porque todo cuerpo y toda paciente son totalmente diferentes y una paciente puede ser de muy bajo riesgo pero nosotros no sabemos que vaya a desencadenar en el momento del parto; nosotros tratamos de mitigar y disminuir los riesgos pero no sabemos que se vaya a presentar; de ser capaz como tal del acto sí sería capaz pero de ahí para allá en la atención tendría que ser con un equipo multidisciplinario porque cada mujer y cada cuerpo es totalmente diferente, por lo menos nosotros acá atendemos 450 partos mensuales, entonces yo te puedo decir el 70% son de bajo riesgo pero si tú miras las estadísticas pueden haber de alto riesgo.

Pues preparada como tal para atender un parto yo creo que si uno tiene las condiciones y el medio sí, pero pienso que eso va más allá y uno siempre piensa en los riesgos; entonces siempre debemos tener un equipo

multidisciplinario para hacer una buena atención que pienso yo en este momento que no que no debería ser, porque hoy en día la población ha cambiado, porque hoy en día las culturas de las personas han cambiado mucho; entonces es más difícil hacer de que de pronto ellas tengan ese conocimiento, o que les dé alguna alteración en su control prenatal o lo hayan tenido y puedan ayudar a disminuir todos esos factores; hoy en día las mamás vienen con muchos más factores de riesgo, el cual hace que pues se impida, pero como tal en teoría sí se podría hacer, pero si yo quiero ser consciente, responsable, sería algo muy difícil y más por los factores de riesgo, la cultura, el conocimiento que tienen las personas y por las condiciones únicas de cada paciente. Me ha tocado atender partos porque son muchos y uno puede estar en un parto como tal y llega la paciente que está en expulsivo o de pronto hay dos o tres expulsivos, pues tú lo haces y hasta ahora no se ha presentado ninguna inconsistencia, pero son casos excepcionales, no quiere decir que sea por práctica sino porque las circunstancias hacen de que se presente la ocasión.

Yo pienso que para que una mujer tenga una experiencia más positiva de su parto es que esté siempre con el familiar, ellas siempre lo necesitan; las pacientes que están en trabajo de parto son muy vulnerables y son personas muy receptivas y al mismo tiempo la comunicación se limita mucho pero el acompañamiento de un familiar hace que la ansiedad, el dolor, que su espacio se sienta más adecuado y permite que la atención sea mejor y experiencias como tal, es de que siempre el familiar esté con ella presente, que la esté ayudando y otra cosa muy importante es que por lo menos nosotros hacemos acá, cuando ellas ya están con los familiares les explicamos que le deben hacer a la paciente, entonces si ella quiere que le haga un masaje se le enseña, le enseñamos a respirar igual para que le transmita lo mismo, para que él también le apoye y le ayude; en algunas ocasiones que nosotros tengamos que hacer otra ronda o ir a atender otro parto, él puede hacerlo junto con ella; en la institución vemos al familiar no como una carga si no como una persona que está también en el proceso, en el cuidado y la atención de la paciente, no en la parte asistencial que tenga que ver con medicamentos ni nada de eso, pero si en la parte emocional y física de la paciente y eso es muy importante y eso ayuda mucho.

En la atención hay muchas cosas, por lo menos la parte confidencial, la organización del entorno de ellas, que se sienta cómoda y que se sienta amena en el sitio, el respeto a la intimidad de la paciente, que se sienta bien sin estar con tantas personas, que haga escogencia de las personas que quiera tener al lado, brindarle comunicación, hablarle; hay unas que de pronto tienen otras culturas, que tienen dulas o que tienen alguna persona que es asesora, que le prende sus velas, que su entorno se sienta más agradable como si fuera un spa y todas esas cosas, nosotros acá muchas veces hemos accedido a eso para darle más tranquilidad a la paciente, que ella se sienta conforme y a gusto; otra estrategia es que en el momento del parto, el familiar llámese quién sea, puede ser el papá, la abuela, la mamá, hermana, corte el cordón umbilical del bebé, esté con ella en el momento, se tome su primera foto allí, así como pasan en las novelas y en las películas; tratamos de que eso se haga para que sea mejor para ella y beneficie más el vínculo entre los tres.

De las políticas en Colombia para la gestante conozco la hora de oro, qué es el vínculo del Binomio madre e hijo en el momento del nacimiento que es lo que le

llaman el contacto piel a piel que sacaron las políticas nuevas en cuanto a la estrategia IAMI y que se está fortaleciendo hoy día, están las asesorías, el Binomio y el papá. A nosotros nos capacitan, incluso nos estamos recertificando en IAMI, entonces estamos con ello, de lo que sí tiene que ver con el parto humanizado y todo lo que tiene que ver con las estrategias que implican de que la paciente se sienta bien y dentro de eso está la hora de oro de la mamá y el bebé y el entorno.

Hay facilidades y hay dificultades; hay facilidades cuando la mamá es receptiva, cuando el familiar es receptivo y cuando le han hecho un buen control prenatal y ha tenido todas sus capacitaciones, todo parte desde la educación, cuando tú sabes cuál es tu proceso desde el momento en que tú decides ser mamá y papá, entonces cuando todo ese proceso se lleva bien esa es la facilidad más grande porque permite siempre estar en constante conocimiento y aprendizaje, que va en beneficio tanto de la mamá como del bebé y el entorno, entonces permite que sea más accesible a todo lo que ese proceso de atención; hay dificultad cuando de pronto se ha mitigado o no se ha tenido todo el cumplimiento del proceso del control prenatal y durante el trabajo de parto porque entonces crean brechas, del cual cuando tú no tienes como la facilidad de entenderlo, entonces generas algún percance, algún obstáculo, tú te niegas, tú generas barreras, “es que no me dijeron” “es que yo no sabía” “es que porque no me informaron”; eso hace que se cree un conflicto, pero eso no quiere decir de que se deje de atender y mucho menos de que no se vaya a volver a educar, sólo de que requiere tiempo y hay que hacerlo en un lapso muy pequeño, que es diferente; entonces si hay de las dos pero tienen un solo fin y así sea cualquiera de las dos siempre tratamos de que no se vulnere la atención y las necesidades que ellos tienen en la atención primaria.

Con relación al sistema de salud es bien complejo porque a pesar de que Colombia tiene un sistema de salud bien completo, muchas veces se ve entorpecido por la parte política, los bienes sociales de las demás personas que tienen el poder, pero que aun así tratan dentro de lo que cabe de hacer las cosas; el objetivo es de que toda la población, llámese estrato bajo hasta el estrato alto tengan la misma condición de atención y eso es lo que tratamos de hacer nosotros, ver las personas de la misma manera, no de que tú digas que la que es estrato bajo, entonces es la de estrato bajo y la que es de clase alta ¿entonces la vamos a atender diferente; no, yo creo que la misma gente hace que esa cultura cambie; entonces nosotros tratamos de que la atención para todo el mundo sea la misma, de que la misma población hace de que eso sea así, pero nosotros debemos hacerle entender a la población de que todos tienen la misma oportunidad de atención en salud ya que eso es algo universal incluso por la Organización Mundial de la Salud; entonces independientemente de quién sea la población, nosotros debemos hacerlo ver de la mejor manera y que sea accesible para cualquier población donde nosotros nos encontremos. Colombia tiene un sistema de salud muy bueno, es completo, a veces se ve un poco perturbado por los altos mandos médicos y políticos, pero aun así tratamos de que todo ese tipo de cosas no se vean tan a la luz y no afecten la atención de la mamá y del bebé y de su entorno, pero considero que todavía falta mucho por mejorar, en cuanto a la oportunidad y accesibilidad, todo lo que tiene que ver con promoción y prevención de la salud porque si nosotros empezáramos por allí, todo sería totalmente diferente, no tendríamos colapsados los servicios de urgencias, los sistemas de hospitalización no

serían todos lo mismo, si usted tiene una buena promoción y prevención de la salud, si todo fuera encaminado primero por ese lado, el resto de lo que tiene que ver con el proceso de salud enfermedad y todo lo que tiene que ver con lo que es prevención, rehabilitación de la misma enfermedad es más fácil, todos no estaríamos por este mismo medio, pero lo que es la promoción y la prevención está muy dejada; está como muy abandonada, entonces siempre tratamos de apagar incendios, entonces atendamos lo que usted ya tiene, hagamos lo que ella ya tiene, abarquemos eso que ya está tan complicado, miremos a ver cómo lo salvamos, miremos a ver qué hacemos, pero entonces ¿dónde está el otro? ¿dónde está la promoción y la prevención que hacemos?; Esto está pequeño, que es lo que vamos a hacerle culturalmente a esa persona para que una vez llega a su edad adulta, pues por lo menos llegué bien o por lo menos tenga hábitos diferentes; entonces si eso fuera encaminado desde allí, la situación en salud sería totalmente diferente.

Yo diría que el sistema de salud ha mejorado porque antes la materna, primero, no asistía a una institución de salud, tenía sus bebés en sus casas, a veces se morían y ni siquiera los asociaban a otros factores pero son los mismos que tenemos acá, que puede ser por hemorragia obstétrica, por sepsis, sólo que ellos no manejan culturalmente eso, pero lo mismo pasaba antes sólo que lo hacían desde sus casas, puede ser de que porque siempre tenía en la tradición de que había una partera en ese tiempo, de que siempre eran ellas quienes atendían sus partos o puede ser porque no tenían un lugar cercano donde le pudieran atender su parto, pero eso se lleva como tradición.

Enfermería poco a poco fue introduciéndose en el campo y apoderándose de ello, pues comenzaron a mejorar todos estos procesos de atención oportuna, de enseñanza, de educación, de hacerle ver los factores de riesgo, las medidas de confort, las medidas de rehabilitación de la mamá, qué es beneficioso para y ella y el bebé, y hoy día tenemos guías, protocolos que ayudan a disminuir todas esas cosas que permiten de que incluso por lo menos la parte indígena que es menos accesible a los servicios de salud, nosotros ya los hemos visto en los servicios hospitalarios, aunque ellos no pierden sus tradiciones, pero creo que hemos avanzado y los comparamos con otras partes del mundo; por ejemplo hay gente que ya va muy avanzada, hay otras que de pronto les falta un poco, creo que Colombia está en un término medio y por lo menos hoy día está lo que es el parto humanizado; entonces está esa parte, hay maltrato psicológico a la mujer en medio de la atención del parto, por ejemplo, hoy la OMS ha comenzado a sacar muchos artículos y muchas maneras de qué hagamos un stand ahí y reflexionemos; cuando tú le dices a una paciente “es que si tú tienes cinco hijos entonces para qué vas a tener más” primero nosotros no debemos perturbar la mentalidad de las maternas, cada quien es libre de su sexualidad y definir cuántos hijos quiere por x o por z motivo si ellas lo deciden, pero yo creo que lo que hay que hacer es una comprensión y un asesoramiento frente a esa paciente; si nosotros queremos hacer un alto en esa paciente, por ejemplo, que es gravida 5, qué tiene 30 años o 35, ¿entonces qué podemos hacer por ella? ¿Qué tanto la podemos asesorar? en vez de estigmatizarla, en vez de insultarla; el hecho es educarla, así siga pariendo todo lo que quiera, finalmente ese no es el hecho, comenzando porque ella es libre de su sexualidad y nosotros porque tenemos que intervenir en eso, ¿por qué tenemos que juzgarla? ¿porque vulgarmente? si nosotros no le mantenemos los hijos a nadie, ¿ porque tenemos que hacer acusaciones frente

a una persona? que sea la razón que tenga, pues llegó a ser grávida 5 y lo que hay que hacer es ayudar y no dejarla perder en el camino, entonces creo que hay que mejorar mucho en el parto humanizado en Colombia, tener estrategias que sean oportunas, flexibles para las pacientes, que permitan de que sea el entorno como la parte de entendimiento de la mamá, de la familia, para que así no tenga factores de riesgo o para que así ayuden a mejorar su estilo de vida, o para que así sea mejor su condición.

Parto humanizado no solamente es que los familiares estén allí, va desde el mismo dolor de la paciente, mitigar, va desde el momento en que la persona tacta a la materna y desde el momento en que tú te presentas con ella; la mujer no debe ser tratada como si fuera una cosa o como si fuera alguien más, sino, "buenos días señora mi nombre es tal, la médica tal, o yo soy enfermera, voy estar al pendiente de usted, nosotros le vamos a informar lo que vaya sucediendo; parto humanizado es explicarle proceso a proceso, así sea un acetaminofén, explicarle a la paciente que es lo que se le está haciendo y porqué se le está haciendo; parto humanizado es educarla, enseñarle como respirar, hacerle entender que cada contracción tiene alguna implicación en el cuerpo de ella y en el bebé; es involucrar al familiar dentro de la atención durante el acompañamiento; es velar por la confidencialidad de la paciente, no todo el mundo se tiene que dar cuenta que es lo que tiene, y si por lo menos tiene VIH o sífilis o alguna patología o condición diferente, tenemos que mirar cómo hacemos para hacerle dar a conocer al personal de salud, pero no que las demás personas lo sepan; parto humanizado también es controlar el dolor y la ansiedad de la paciente, es ayudarle a que tenga un proceso de parto oportuno, que no sea algido, porque antes ellas tenían que sufrir todo lo que usted quisiera porque era el pecado más grande, porque a usted la habían condenado por eso, porque lo decía la Biblia; hoy día las mujeres no tienen que sufrir para tener su bebé, eso ya quedó atrás, eso es un ciclo que yo creo que debe estar en superación y que nosotras las mujeres podemos tener hijos sin dolor; es que eso no es un sacrificio, eso es algo que nosotros estamos incluso creando, es una bendición y no tenemos por qué sufrir para tener un bebé y velar por la intimidad de la paciente, saber de qué la paciente es única y de que no tiene que estarla viendo todo el mundo con las piernas abiertas, todo el mundo tactarla y experimentar en ella. Uno sabe que hay una relación docencia servicio en las instituciones de salud, pero no debemos abusar de ello, debemos saber de qué hay unas condiciones y si hay estudiantes entonces, vamos a darle un estudiante por cada paciente, no que los 10 estudiantes estén con una sola; entonces parto humanizado no es solamente ¡hay sí, la paciente entró con su familiar, le cortó el cordón umbilical, le tomaron un vídeo o una foto!; parto humanizado concierne muchos factores, que la mamá se sienta siempre bien y en bienestar.

Me parece a mí que, para mejorar la calidad en la atención de la gestante va desde antes del trabajo de parto, va desde el control, incluso desde la asesoría preconcepcional, desde el momento en que usted decide ser mamá. Yo creo que es lo más grande porque usted se está preparando y lo está haciendo con responsabilidad y no es porque es un incidente, porque fue un accidente, entonces nosotros, creo que deberíamos reforzar las asesorías preconcepcionales y todo lo que tiene que ver con promoción y prevención y control prenatal, ese sería uno de los grandes planes de mejora ya que

tenemos como fortaleza el curso, el personal quien lo haga, pero no hemos organizado el ciclo para que esto se vea como debe de ser.

Pienso que una de las grandes recomendaciones es hacer asesorías preconcepcionales ,tomar a toda esa población que está en la edad fértil y capacitarla, educarla, hacer conciencia, embarazos no deseados, embarazos por accidente, “ya que encaminémosla al proceso de control, o sea, saber de qué uno va a someter a alguien ya porque le tocó y fue la condición, entonces creo que ese es más el deber ser, es preparación para toda la población joven y enseñarles, entonces considero de que debemos comenzar por allí para hacer un buen trabajo de parto, seguido de eso es hacer de que toda la población una vez esté embarazada no solamente tomar al binomio madre e hijo sino a su entorno, dejar de tomarla como una sola persona, de que es que “ay como ella es la embarazada”, entonces ella es la que tiene que asistir al control, es que el papá también tiene mucho que ver con eso, hacer cultural de que él hace parte de toda la atención, del proceso de salud para que una vez ellos tengan conocimiento y en algún momento haya factores de riesgo, sepan de que esto es una condición que también puede tener la paciente y que no es que algo que el sistema de salud lo hizo, es que no la atendieron, es que eso fue negligencia, es que no se le hizo, no; entonces hay que hacerlo también participé al familiar del proceso, a la persona que también ayudó a engendrar esa semilla, entonces creo que la parte educativa una vez haya quedado embarazada la mamá, hacer de que todos estos medios faciliten y sea conjunta y algo que me parecería muy interesante es que en la parte educativa todo lo que tiene que ver con la fisiopatología y los cambios tanto emocionales como físicos y culturales de la paciente lo sepa ella y lo sepa su entorno, porque uno muchas veces no entiende a la gestante, es que ella se vuelve cansona, es que ella se vuelve aburridora y hay cultura matrimonial. Por lo menos Imagínesse todo lo que lleva una gestación, hay sesgos de todo lo que tiene que ver con abandono de la materna, la integridad de la materna y no solamente porque es ella, porque perjudica al bebé; tanto así, que lleva a que la mamá haga interrupción del embarazo y todo por falta de comprensión, educación, estar alerta, va la familia; entonces va con mucho énfasis en la parte educativa o como tal del entorno de la paciente, el Binomio y el entorno tanto antes como en el momento de la gestación y en el momento del parto. Sin duda el acompañamiento permanente, en muchas ocasiones no lo es pero queremos llegar a eso, porque hay unas condiciones de infraestructura que no lo permiten, pero el objetivo es llegar a eso y hacer que se cumplan las normas institucionales en beneficio de la materna.

Es importante que la persona que esté, llámese auxiliar, enfermera, médico, secretarias, fisioterapeutas; que si van a trabajar con las maternas sea por vocación y que les guste, porque así como yo estoy diciendo que deben haber familias y entornos tolerantes, nosotros debemos empezar por eso, debemos tener respeto con las pacientes y hay mucha gente intolerante, hay mucha gente de que, ¿porque grita?, se desespera porque no comprendemos el dolor ajeno, “quédese quieta”; debemos ser primero ayudantes en eso, formadores de eso, porque independientemente, no necesariamente tiene que ser la enfermera y el médico los que están en constante atención con la paciente, sino que debe ser todo el equipo disciplinario, saludar, ser oportunos y sobre todo tener calidad humana; calidad humana es ayudar, es direccionar, es no dejarlo con la duda, es no decirles “es que eso no es mío”, “yo ya vengo”, no; si

quiere, le gusta, entonces hagamos algo por esa persona que no nos está quitando nada, que muchas veces es la comprensión y somos intolerantes e incomprensibles con las personas que tenemos al lado; yo creo que eso es fundamental y no solamente el médico y la enfermera, deben ser las auxiliares, la secretaria, las señoras del servicio general, debe ser todo el mundo para que se sienta en casa y no se sienta una extraña. Debemos ser personas pacientes, comprensibles y tolerantes frente a la dolencia y situación y condición de cada paciente.

4.1.3.6 Enfermeira 6

O primeiro contato estabelecido com a E6 foi por meio de uma das informantes chaves quem deu a conhecer para ela o estudo que se estava desenvolvendo, qual seria a sua colaboração dentro da pesquisa e a importância, a enfermeira permitiu me passar seu contato para nos comunicar diretamente.

Escrevi para ela no dia 19 de março, via WhatsApp me apresentei e expliquei que ela tinha falado com a informante chave, para o qual ela respondeu que tinham falado um pouco sobre o projeto e que gostaria de contribuir desde sua experiência; também falei acerca da entrevista e perguntei se seria possível registrá-la através de uma gravadora, obtendo uma resposta positiva.

Aquele dia marcamos o encontro para 27 de março às 13 horas no seu local de trabalho, sendo o local de sua preferência.

No dia do encontro nos apresentamos formalmente na clínica e posteriormente nos dirigimos para um espaço mais tranquilo para a realização da entrevista, nos sentamos em umas cadeiras confortáveis e fiz entrega do TCLE, expliquei todo ele e assinou, também a carta de cessão para o uso da entrevista.

A entrevista teve uma duração de 39 min e 27 seg, a qual quase não teve interrupções e seu foco principal foi a formação do profissional de enfermagem e os auxiliares em serviço, conforme a enfermeira narrou sua experiência na sala de partos e a relação dos convênios com instituições de educação superior na prática de estudantes de enfermagem na atenção a mulher em processo de parto e nascimento.

**Enfermeira 6 “A la materna no la puedo llevar al paseo de la muerte,
la materna es prioridad”**

A narrativa: *En cuanto a la experiencia que yo he tenido desde que ingresé porque inicié en el seguro social, ha avanzado mucho en cuanto al tema de cuidados y seguridad madre e hijo y también contacto con enfermería; con tanta tecnología que hay se ha perdido el contacto con la paciente, el cuidado ha sido siempre el mismo durante el trabajo de parto, durante la atención del parto y su recién nacido pero me parece que desde esa época hasta hoy han cambiado muchas cosas, como el manejo de enfermería y de cómo la paciente es cuidada; por ejemplo, he percibido que durante la atención se ha perdido un poco el cuidado de trabajo de parto, el contacto con la paciente hacia sus controles; antes se estaba pendiente de los pacientes y ahora por la tecnología, el sistema, por todo ha cambiado, ya todo es en un computador, donde uno está pendiente si ya cargó la nota, si ya pidió los medicamentos; uno ya no se sienta con la paciente 10 minutos, cada hora para mirar cómo está ella y su bebé; por ejemplo en las monitorias fetales se deja a la paciente conectada y uno ahí se da cuenta cómo está ella, el bebé, entonces uno se separa un poco de eso.*

Ahora con el cuidado directo de la materna y con lo de la OMS que se sabe que se debe protocolizar todo lo que tiene que ver con parto humanizado, sí se ha ido cambiando en el quehacer de ellas, todo hay que protocolizar, si hay un familiar, que si es una analgesia epidural, a eso es a donde debemos llegar. Algunas instituciones de Cali ya la tienen por el parto humanizado, nosotros acá todavía no tenemos protocolizada la analgesia, aún estamos en ese proyecto, a pesar de que a uno le da tristeza el mismo personal de enfermería que no acata el protocolo, esa necesidad del contacto con los familiares, entonces tiene al familiar encima lo cual no debería de ser así pero a mí personalmente me gusta que el familiar esté presente, explicarle y educarlo porque si uno no educa el familiar no va a entender que es el trabajo de parto, qué es lo que la paciente va a sentir, cual es el proceso, el dolor; personalmente yo lo dejo pasar, le explicó qué se va a hacer, como debe ser la respiración, el cuidado, los masajes; eso le ayuda mucho a la paciente a que su trabajo de parto sea bien, no se estrese, no sienta mucho dolor ya que nosotros no utilizamos la analgesia todavía, pero a veces a uno le da mucho pesar que el personal de enfermería no quiera hacer eso, que le digan a los familiares, “usted no puede entrar”, en eso yo estoy de acuerdo con el parto humanizado, pero no tenemos esa cultura o algunos no la tienen pero hay personal de edad que no quieren cambiar el chip, el cuidado de la materna desde binomio madre e hijo no lo quieren cambiar y me parece que es un punto muy bueno tanto para la materna como para el bebé y para la misma familia porque uno está en contacto con ella; también cómo es el proceso del trabajo de parto, el cuidado en la lactancia materna, ya la mamá con tanta tecnología lo primero que dice es “préstame el celular, yo quiero el celular”; entonces yo lo que hago es decir “ahora no puede tocar el celular, ahora debe lactar”; entonces entra al papá o el familiar que tenga y le enseño como tiene que lactar, las posiciones; pero habemos unas que si queremos cambiar el chip, ir en el avance, pero hay otras que se quedan atrás y eso es falta de cultura, actitud y aptitud del personal de enfermería con las maternas y el binomio madre e hijo.

Parto humanizado para mí es que la materna no tenga dolor y creo que él no dolor es que haya acompañamiento, está dentro del parto humanizado la analgesia epidural pero también es el acompañamiento de la paciente tanto del personal que la está atendiendo como de su familia; me parece eso muy importante y bueno a la vez porque uno educa, está con la familia, le enseña; hay familiares que llegan muy aprensivos, después de que uno los educa ellos se calman y están con la materna; yo creo que sería como necesario si en la institución se pudiera hacer procesos de ejercicios en una área amplia donde la materna tuviera su trabajo de parto bien, con su familia, al menos con un familiar, sea con el esposo, con la mamá o con la tía, con el que pudiera hacer su proceso y no estar sacándolos; me parece que es muy importante el acompañamiento y así la paciente se siente segura y más tranquila; hasta uno se siente un poco más tranquilo porque uno no se pone a ver el computador y todo lo administrativo, en tanto si se educa al familiar y se le explica también va a estar alerta a lo que la paciente pueda presentar, ellos nos reportan y eso es muy bueno.

Cuando la paciente ingresa a trabajo de parto, desde la entrada yo les explico cómo va a ser el proceso, qué va a sentir si es primera vez, a veces también las que son de tercero, cuarto, quinto o sexto hijo pasa lo mismo que el primero, muchas veces no recuerdan nada, no saben cómo es el dolor, no saben del momento del pujo ni hacerlo; me parece que lo primordial para la paciente desde la entrada es el acompañamiento con la familia, también explicarle qué es lo que se va a hacer, como va a ser, cuánto se va a demorar; uno no dice a tal hora usted va a tener el parto pero si más o menos unas horas, si va a tener el primer bebé va a demorar 12, 18 horas en trabajo de parto, si ingresó con dilatación o no ingresó con dilatación, ingresó por esa patología que tiene, por cualquier motivo uno le va explicando y los familiares se van calmando y le van preguntando, pero yo estoy de acuerdo en la educación y que la familia esté allí presente; me parece que la educación y la cultura ayudan a que la paciente y la familia estén alerta de lo que presente la materna y no solamente la materna sino cuando tenga su hijo también uno les explica; su bebé va a succionar, no debe dormir tanto tiempo, si presentan algunos signos usted debe estar alerta; me parece que la educación e ir culturizando la gente ayuda mucho en la atención, el cuidado de la materna y el bebé.

Pienso que para que la mujer tenga una experiencia más positiva de su parto hay varias variantes que tienen que ver con infraestructura, el personal de enfermería, el personal médico, la gente que hay alrededor, también tiene que ver que la paciente no se quede en la entrada en la parte administrativa; a veces entran desde urgencias y al egreso dicen "es que me atendieron mal". Cuando van a dejar en hospitalización a la mujer a veces los dejan a un lado, no los atienden con la actitud que debería ser; a mí me parece que la estrategia es cultura y educación, educar desde la entrada, desde el portero hasta la niñera del aseo, todo el personal; porque como hay médicos que están de acuerdo con eso, hay médicos que no, piensan que solo es ver a la paciente, dar orden y se van y uno siempre va a estar ahí con la paciente; lo primordial y me ha funcionado y así los familiares y la paciente se sienten más tranquilos.

Parto humanizado tengo entendido que es un parto sin dolor; por ejemplo la

analgesia no se ha implementado, el acompañamiento del familiar como permanente no se ha implementado; sé que algunas instituciones lo están implementando y a veces se colocan muchas barreras si no tienen el curso psicoprofiláctico, entonces no se dejan pasar si no tienen el consentimiento, la misma administración pone barreras, tiene que pasar por tres, cuatro manos antes de firmar una carta; hay muchas barreras para uno llegar allá, donde se debería facilitar el proceso, que todas las instituciones tuvieran el mismo procedimiento donde dijera que “a partir de tal fecha todas las clínicas e instituciones de Cali deben dejar que los familiares estén presentes, permitir que algunos requisitos se cumplan”; me parece que eso es muy bueno y estoy a favor de eso.

Por ejemplo en otros países como Estados Unidos se deja que el familiar siempre esté allí, a veces el médico no está pues es la enfermera la que atiende, la paciente está monitorizada todo el tiempo; a veces también con lo de la salud, los recursos mal manejados, no dejan tampoco para conseguir equipos, que uno tenga equipo por cada paciente, por ejemplo monitor fetal, monitor de signos vitales; me parece que ahí entra y ha desfavorecido en parte el sistema de salud. La corrupción que hay no ha ayudado a que algunas instituciones sigan adelante y más las públicas que necesitan de muchas ayudas. Es un país en el cual pudiéramos hacer muchas cosas porque tenemos de dónde, pero la misma situación del país no nos ha dejado progresar más y tenemos muchos profesionales médicos, enfermeras, de todos, pero no se ha logrado mucho y se puede lograr muchas cosas; en investigación, cómo manejar la paciente, equipos más avanzados, pero eso también ha intervenido en eso.

Nosotros estamos en constante actualización, más que todo en el manejo crítico de la materna. Nos dieron a conocer la RIAMP (Ruta Integral de Atención Materno- Perinatal), esa ruta aquí si se ha modificado, antes la materna ingresaba por urgencias, en una época determinada no las subían hasta partos, no las veía ginecología sino cuando llegaban en expulsivo; ahora con la nueva ruta, ya la materna entra al triaje, si tiene más de 36, 37 semanas se lleva directamente al ginecólogo, no pasa por médico general y me parece que todas las maternas deberían ser vistas por el especialista sea o no que consulten por algún riesgo obstétrico, deberían ser manejadas por un ginecólogo, pero también por el cuento del especialista, que se satura, que si es de gripa no consulta con el ginecólogo sino con el médico general así tenga la edad gestacional, pero eso si se ha mejorado mucho y la ruta de atención de la materna porque se enfoca más en el cuidado, hay más atención de la materna y su hijo.

He encontrado dificultades, antes se podía ingresar a la paciente de X o Y EPS eso era lo primordial, ahora si es de régimen subsidiado o contributivo, las EPS sólo tienen convenio con algunas instituciones, entonces se frustra un poco la atención de la materna porque si no es una urgencia y le pertenece a otra clínica la tenemos que re direccionar para otra parte así la paciente esté con su patología, por ejemplo una preeclampsia si la atendemos le tenemos que decir “señora no la podemos seguir atendiendo la tenemos que remitir para otra parte”; me parece que eso ha sido una barrera directa para la atención de la materna porque a veces llega en expulsivo y el personal dice ¡no nos van a pagar la cuenta!, “qué pesar”; entonces tiene que ver mucho el fin lucrativo y no se ve que lo primordial es el bienestar binomio madre e hijo; se piensa en el

dinero que pierde la institución si la atendemos; lo obligan a uno a decir primero “pregunte de qué EPS es” si no se tiene que re direccionar a X institución porque allá es donde tiene convenio.

A pesar de que ahora hay muchas modificaciones con la materna se prioriza mucho la atención. Cuando estamos ante una urgencia vital y la EPS de la paciente no tiene convenio con la institución igual se atiende pero si llega en preparto se remite, igual si se le da a escoger por ejemplo el Hospital San Juan de Dios o Valle del Lili, obviamente la paciente va a decir Valle de Lili, no va a preferir ir al San Juan de Dios; entonces eso también influye mucho, si le mencionan Valle del Lili, Clínica Imbanaco, Clínica los Remedios pues son instituciones que han avanzado tan bien que están superiores a las públicas, entonces la gente va a preferirlas aunque tienen algunas restricciones con sus familiares, tienen sus convenios y también tienen razón también van a perder, qué van a facturar, qué van a desglosar; pero yo estaría de acuerdo que para la materna y todo el mundo sea el mismo sistema de salud, que no haya tanta barrera; por ejemplo, a la materna en el control prenatal sólo le permiten una ecografía o dos, no se pueden pedir más, eso es otra cosa, la paciente de estrato socioeconómico 1 no va a tener las mismas oportunidades que la de estrato 6 que puede hacerse particular sus otras ecografías si quiere y si las necesita; entonces el sistema de salud ha influido mucho en los retrasos de la atención y de mirar si la paciente tiene alguna patología o si va a tener un riesgo más adelante durante su embarazo, eso también es una barrera.

En cuanto a las facilidades para la atención de la materna el manejo con el especialista o la entrada a la institución; en lo personal y en la experiencia que llevo, lo que yo siempre me he llevado es la educación y la cultura que uno tenga frente al manejo de la materna; la materna es susceptible por los cambios hormonales, a mí me parece que una de las mayores facilidades y que me ha dado resultado es hablar con ella, escucharla, educarla, es lo primordial en la atención binomio madre e hijo.

En cuanto al sistema de salud aún sigue siendo deficiente aunque para la materna en estos últimos tiempos se ha dado prioridad, a pesar de todas las barreras y obstáculos que uno encuentra en la atención siempre se le ha dado prioridad, porque si le llega a pasar algo la clínica debe afrontar las consecuencias, podrían suspenderla; entonces yo creo que ya todo el mundo dice “ a la materna no la puedo llevar al paseo de la muerte”, aunque pasa, maternas que vienen desde el norte del Valle, las llevan a Tuluá, no hay convenio, no hay UCI neonatal, no hay cupo, vienen hasta Palmira, tampoco hay y llegan acá a Cali y entonces se encuentran con la barrera “es que no es de Cali” entonces no se puede atender; pero ahora como urgencia vital se tiene que atender, es obligatorio. Me parece que la facilidad es que la mayoría de las instituciones a pesar de que todo el mundo no ha cambiado el chip, se van concientizando de que la materna es prioridad y que se tiene que atender y que tienen que irse bien el binomio madre e hijo, embarazadas o con sus bebés; entonces se les debe dar un buen manejo. Con la educación y como prioridad el cuidado de alto riesgo obstétrico ha mejorado mucho la ruta entre los hospitales, el manejo de las pacientes y la secretaría de salud de Cali ha ayudado mucho en todas las instituciones del Valle.

Cada institución tiene su estrategia de atención y debe ir mejorándola con las maternas pero todos con el mismo objetivo y con el mismo fin de que la materna esté bien, su bebé salga bien; mi estrategia es más enfocada a la

educación, más prevención, estar más alerta en las consultas de control prenatal, a la búsqueda de esas pacientes; hay pacientes que de pronto por su residencia lejos no van a su control, pienso que deberían haber estrategias a nivel de Cali para ir a la búsqueda de esas maternas a pesar de que la secretaría está muy pendiente en cuanto a la parte pública, en los hospitales están muy pendientes de esas maternas, pero qué bueno sería que hubiese un grupo de búsqueda de la zona rural desde acá de Cali, implementar quien esté pendiente de las diferentes instituciones, que si hay alguna alteración bueno que pasó aquí que no atendieron a esa materna, es como ir colocando orden en la normatividad, implementar algo que si la institución no la atendió entonces debe responder a una sanción, hacer seguimiento y desde las mismas instituciones también se haga, porque muchas veces la materna se va y vuelve a su primera consulta pero luego se pierde, no hay un seguimiento directo después, sin embargo hay instituciones que tienen sus programas de seguimiento; me parece que desde de la parte hospitalaria se debe trabajar mucho con la materna, es algo tan bonito que la materna salga, que a su bebé lo atiendan bien, que hagan ese compromiso con ella, con su cuidado, su embarazo, que haya liderazgo en sus controles, en sus cursos psicoprofilácticos porque muchas veces no asisten por el sitio, por la distancia o por el horario, pero todas deberían tener ese curso como un derecho y un deber y si no asisten hay que ir a buscarlas, preguntarles porque no fueron, hacerle más seguimiento a eso, hacer un control más riguroso, implementar algo con la materna de que se cumpla; a veces vienen a su primer control y a los siguientes no vienen porque ya saben y les da pereza, entonces se debe procurar para que sea más dinámico y la paciente no se aburra y asista.

Es la cultura desde la parte formativa, pienso que es lo primordial, he visto y con la experiencia que tengo que la enfermera antes era muy de clínica, que tenía que hacer los cuidados, por ejemplo el kardex de enfermería; pienso que ahora con tanta formación que hay, no de garaje pero si hay muchas escuelas como de auxiliar de enfermería que llegan y dicen "hay que colocarse un guante estéril" y es como si nada, no utilizan los métodos de protección, no saben ni cómo hacer el tendido de una cama; no es cómo le enseñaban a uno antes, que tenía que ser templada; me parece que eso se ha perdido mucho desde la parte formativa; he visto que las nuevas enfermeras se van por la parte administrativa, auditoras, administradoras y la parte clínica se ha perdido, desde la técnica aséptica, desde la misma presentación de enfermería, impecable, de blanco; eso se ha perdido mucho; a uno le enseñaban que sus uñas sin esmalte, sin aretes; ahora la enfermera se maquilla desde fiesta con uñas largas; se ha perdido la esencia de la enfermera; una nota enfermería simple no la saben hacer, el ingreso de la paciente, qué le hizo, cómo lo hizo, cómo pasó; me parece que deberían retomar desde la parte formativa la enfermería de antes, la pulcritud, la actitud, la técnica de la enfermera.

Las alumnas que vienen aquí a hacer práctica, usted le dice a alguien "haga tal cosa" y ellas no saben, pero entonces uno piensa, qué es lo que les están enseñando, qué es lo que vienen a hacer, en el área de materno nos enseñaron hacer controles, a atender el parto y dicen "si lo vimos pero por encima"; entonces en esa parte del cuidado de la paciente materna ya no saben qué es un signo de alerta, maniobras, no saben muchas cosas que me parece que eso es lo primordial en el cuidado de ellas y se ha perdido mucho y

es desde la parte formativa, incluso desde la misma estudiante, cada uno aprende lo que quiere aprender.

Unos dicen si yo voy a estudiar enfermería pero no quiero trasnochar, no quiero nada; la educación de la enfermera desde la parte formativa influye mucho porque se han perdido muchas cosas; por ejemplo, cuando yo salí uno no podía ir con los zapatos sucios, las uñas pintadas, no podía ir con aretes, maquillarse lo mínimo, el cabello recogido. A veces uno les dice por ejemplo el rótulo de un medicamento debe ir con la fecha, la fecha no les parece importante y nosotros les mandamos a cambiar eso; a alguna solución no le colocan la hora en que inicia goteo, fecha, casi no lo saben hacer; entonces pienso que se ha perdido mucho esa parte y eso influye en el cuidado de los pacientes en general, no sólo en el cuidado de la materna sino en todos los pacientes y más la materna que no es una paciente sino dos vidas.

Me parece que sus estudios son buenos para que den ideas principalmente en cosas que favorezcan a las pacientes maternas. Me parece que esto es muy bueno, proactivo porque ya todas estas investigaciones las salen a relucir, le dicen a uno esto hace falta, tal cosa; entonces vámonos por ese lado, desde la parte de la atención.

4.1.3.7 Enfermeira 7

Com a E7, nos conhecemos formalmente na reunião de estudos de caso das gestantes na Secretaria de Saúde no dia 19 de março de manhã, ali em conjunto com uma das informantes-chaves explicamos o projeto e objetivo, quem nos atendeu de uma maneira respeitosa; nesse momento ela informou o seu número de telefone para falarmos com mais profundidade acerca do estudo.

Me comuniquéi com ela através do WhatsApp, expressando o meu interesse em que ela fosse colaboradora do estudo e expliquei a importância de realizá-lo; ela foi amável e me concedeu um agendamento para nos encontrarmos no local de seu trabalho no dia 28 de março às 8 da manhã na sala de gineco-obstetrícia.

O encontro aconteceu num dos consultórios da área de obstetrícia sendo que o hospital se encontrava nesse momento em greve pela falta de recursos e não estava sendo atendida a totalidade da demanda de pacientes. Primeiramente fiz entrega dos documentos legais tanto do TCLE como da carta de cessão, ambos foram assinados e compreendidos por ela na sua totalidade.

Após expliquei novamente como seria feita a entrevista e registrada por meio de um gravador digital. Começamos a conversar acerca de sua experiência na atenção a mulher em sala de partos, no início parecia como se

ela não tivesse muito que falar, talvez se sentiu um pouco intimidada pela gravação e suas respostas ao princípio foram concisas; mas depois começamos a discutir sobre o tema de cuidado que fornece a enfermeira e com relação no contexto do País, assim eu percebi que ela foi se empolgando e falando com maior facilidade sobre aquilo que ela realizava no seu dia a dia e a percepção da atenção na Colômbia.

A entrevista teve uma duração de 27 min e 41 seg com uma visita aproximada de 1 hora 30 min.

Enfermeira 7 “Siempre estamos viendo el riesgo”

A narrativa: *Mi experiencia ha sido muy bonita, donde hemos estado en el cuidado de todas estas mamás dando totalmente apoyo tanto al paciente como al familiar.*

He aprendido que la educación del paciente es primordial sobre todo cuando está en trabajo de parto, se le apoya y se le hace acompañamiento. Se siente bien atender a esas pacientes, darles apoyo, es algo muy bonito que se hace y el hospital hasta ahora nos ha facilitado todos los recursos necesarios, pues no hemos tenido ninguna dificultad.

Frente al cuidado hacemos de que la paciente tenga un ambiente seguro, el acompañamiento del familiar es muy importante; cuando te hablo de un ambiente seguro, me refiero a que la paciente tenga su privacidad, tenga barandas para que no se vaya a caer de la cama, para el momento de la respiración y la contracción, que tenga una cama cómoda, un colchón cómodo y una identificación.

El cuidado de la paciente se hace 24 horas por el especialista, el ginecobstetra, enfermera, están al lado los auxiliares y los estudiantes de medicina; se trabaja en conjunto 24 horas donde todos están pendientes de la paciente, nunca está sola, donde hace su trabajo de parto 100%; cuando hay analgesia se les coloca y se procura que la mujer esté acompañada con un familiar. El familiar de la paciente ingresa con ella, en el momento en que está en expulsivo no se permite el ingreso de ellos, en su postparto puede estar todo el momento que quiera, aproximadamente de 4 a 5 horas. No se permite el acompañamiento del familiar de forma permanente, en las salas se está implementando, no se permite que ingrese a la sala de parto porque aún no está bien planteado el ingreso de ellos, pero está como un proyecto de hacerlo, primero porque no tenemos los recursos para que el familiar entre a sala de parto, pero tratamos de que más adelante pueda realizar el acompañamiento de forma continua.

Pienso que me siento totalmente capacitada para atender un parto de bajo riesgo por tener el conocimiento y la experiencia en parto, no se me ha dificultado para mí es muy fácil.

Yo estudié en la Universidad Santiago de Cali y recuerdo que la que corría en la sala de parto era la enfermera, hice la práctica en el hospital Paúl de Palmira, entonces los estudiantes atendíamos los partos; aquí cuando vienen docentes ellos atienden los partos con los estudiantes; entonces cuando una

mujer está en trabajo de parto siempre va a haber un estudiante de medicina con el médico especialista, siempre el médico interno atiende el parto acompañado del ginecobstetra; hay estudiantes de enfermería, pero no les permiten atender directamente el parto porque siempre se ha dicho que es de riesgo y no lo puede hacer, pero en ocasiones el médico no está y yo lo puedo hacer, entonces yo lo atiendo o la paciente está en monitoreo y me refiere que tiene ganas de pujar entonces voy a tactarla, veo que está en expulsivo, no hay tiempo de llamar al médico, entonces atiendo el parto. Si estoy atendiendo un trabajo de parto y otra paciente está en expulsivo también puedo pasarla, porque a veces el médico está en el cuarto o está en alto riesgo obstétrico entonces atiendo el parto, más no es que sea obligación de atenderlo, lo que pasa es que son dos y en este momento el hospital está en paro y están autorizados dos ginecólogos, entonces estoy rodeada más de los internos.

Nosotras las enfermeras durante la atención del parto acompañamos ese momento, colocamos los líquidos, los medicamentos como la oxitocina, la autorización de la paciente, estar pendiente cuando nazca el bebé, todo lo del recién nacido, administrar la vitamina K, colocar la eritromicina, colocar la BCG. La oxitocina la colocamos como protocolo, pero antes se evalúa a la paciente porque a todas no se les puede pasar oxitocina a cierta cantidad, pero en el posparto para evitar una hemorragia si se coloca y si hace código rojo se maneja diferente con el traje antichoque y ahí está la enfermera. El traje antichoque es algo nuevo, llevamos algunos meses con él y lo hemos utilizado como 2 veces, ya se estableció el protocolo de código rojo, hay mucho personal nuevo, ya está el manual nuevo, hemos hablado con el director que es más que todo el que nos da esas charlas de código rojo y nosotros también hacemos capacitaciones y llevamos a las auxiliares de enfermería, también se está actualizando el protocolo de código azul.

El primer cuidado en trabajo de parto para que sea más positivo es que la paciente respire, primero porque le hace bien tanto para ella como para el bebé, de que sienta de que puede hacerlo, la tranquilidad de esas pacientes, ellas son mamás que no han hecho control prenatal, no saben qué es un trabajo de parto, no saben cómo respirar, cómo pujar; entonces ahí entramos nosotras a explicarles cómo es trabajo de parto, cómo deben respirar, cómo deben de pujar; para ellas los familiares son un apoyo muy grande porque uno siempre debe estar en el cuidado del paciente y necesitan de nosotros que somos las que sabemos y las que podemos orientar bien a la paciente.

Cuando el familiar ingresa a la sala es muy grato porque la paciente se siente más tranquila y aún más si entra la mamá porque ella sabe cómo fue su proceso; entonces ella le dice “eso duele”, “respira bien”; muchas veces a nosotros no nos escuchan pero al familiar sí, es muy bueno y sería muy grato tener a sus mamás en trabajo de parto pero no tenemos una sala donde puedan estar todo el tiempo, o sea las 24 horas; aunque el cuidado está cambiando para que el acompañamiento sea todo el tiempo hasta que el familiar se aburra y que él mismo diga “voy a salir a comer algo”, “voy a salir a hacer otra cosa”; se está implementando toda esa parte pero es muy grato que el familiar este con el paciente.

He escuchado de parto humanizado que hace referencia a que la paciente tenga privacidad, que haga lo que a le gusta, muchas veces prohibimos de que haga muchas cosas porque siempre estamos viendo el riesgo, pero si la paciente se siente cómoda así debemos dejarla, si ella quiere pujar de esa

manera dejémosla, dejemos que la paciente haga pero siempre supervisando lo que está haciendo; si quiere pujar parada porque se siente más cómoda hay que dejarla pero debemos estar pendientes si la señora está respirando mal, si no le llega oxígeno se puede marear, siempre estar pendientes. Aquí en San Juan de Dios siempre hay una enfermera con la paciente, nunca se deja sola; si de pronto la auxiliar va a desayunar entonces alguien se queda encargada pero nunca se deja sola, se está 24 horas pendiente de esa mamá. Cuando hay una urgencia por decir una eclampsia entonces se corre más, siempre se actúa de inmediato, como está todo el personal allí se actúa muy rápido y se lleva a cesárea; entonces no hay esas complicaciones, siempre estamos al cuidado de ellas, no se dejan solas en ningún momento.

Yo sé que cada caso es diferente, pero a todas se atienden igual así tengan su sistema de salud contributivo, no es mucho, pero si nos llega contributivo y llegan al hospital y se atienden de la misma manera. Por ejemplo con relación a la posición que ellas quieran adoptar durante su trabajo de parto depende de los médicos, a veces ellos dicen "señora así no"; de hecho yo soy la que digo "déjela porque en ninguna parte dice que tiene que haber una posición para parir en ese proceso" pues no va a parir en posición prono porque hay algunas de base, pero si se voltean "Señora venga porque no se voltea en posición supino para qué sea todo mejor", pero ellas lo que el médico les dice pues lo olvidan. Normalmente nosotros manejamos pacientes de la calle, paciente que no escucha lo que usted les dice, no entienden; entonces lo que uno hace es explicarles las cosas, a veces toca entre gritos básicamente.

A veces nos llegan mujeres indígenas que hablan otra lengua, en esos casos se permite el ingreso del hombre, a veces toca decir "señor venga", que el señor entré a traducir todo porque ellos sí saben hablar y si entienden la mujer, en otras ocasiones solo manejan una lengua. Lo único que nosotros hemos llegado a tratar con esas culturas, es que cuando ellos van a tener su bebé nos dicen que hay que darles la placenta y les he preguntado para qué la quieren y en algunos casos ellos dicen qué porque entierran la placenta y otros que es alimento y se lo come papá y mamá; entonces se respeta, pero eso a veces también es muy difícil, a veces parece que tuvieran un parto sin dolor, ellas casi no sienten, cuando usted las ve, ellas ya están en expulsivo pero son pacientes de más cuidado; entonces cuando uno las mira ya todo el mundo está alerta.

Cuando llegan pacientes sordomudas es difícil, primero porque aquí no hay una persona de fonoaudiología que nos pueda ayudar, entonces siempre se pide ayuda al familiar; se permite ingresar cuando son pacientes menores de edad, de 13-14 años, en ese caso también se permite el ingreso del familiar todo el tiempo, pero no el momento del parto, sino durante el trabajo de parto.

La única política que conozco es la política IAMI que se está implementando porque tampoco es que esté implementada; hay unas enfermeras encargadas de eso, sé que tiene que ver con la educación de la lactancia materna.

Personalmente no siento dificultades en la atención del parto y en cuanto a facilidades que me contribuyan a mejorar, de qué el hospital no es que nos capacite mucho en la parte de ginecoobstetricia, pero hay congresos en Valle de Lili dónde he tenido la oportunidad de ir a varios de ellos; entonces lo que uno ve allá lo implementa acá; entonces eso ayuda de que nosotros contribuyamos al hospital.

Aquí se atiende toda clase de paciente independientemente de la seguridad que tenga; por lo general se atiende a todos los pacientes así estemos

colapsados; por ejemplo, hace como 15 días teníamos 6 pacientes en trabajo de parto y en admisión 6 pacientes para trabajo de parto, ninguna se devuelve, ninguna se remite para otra institución, sino que buscamos la manera de que la paciente se pueda atender; entonces a medida que van evolucionando se van reubicando, pero no devolvemos a la paciente, ni tampoco la remitimos.

Como sugerencias para lograr una mejor atención a la mujer que está en proceso de parto, yo diría que contar con todos los recursos; yo digo que nosotros en algunas cosas llegamos a hacer parto humanizado, pero nos falta y son necesarios recursos para lograrlo, pero con lo poco que tenemos hacemos lo que más podemos, pero si tenemos dificultades.

Pienso que es muy importante que nos capaciten a todos, no solamente al personal de enfermería sino a los estudiantes, a los médicos sobre el parto humanizado, que a todos nos quede claro, que todo lo planteemos, que todo lo hagamos, porque así todo mundo va a saber cómo tratar a la paciente, porque hay médicos no todos que no son pacientes, entonces pienso que al hablarles de parto humanizado todo sería diferente, en cuanto al trato de la paciente, entonces me gustaría que a todo profesional se le hablara del tema, que todos sepan qué es eso, que no solo es atender un parto y ya, sino que la paciente necesita otras cosas, porque el médico dice “yo estoy de turno y el familiar no entra”, entonces usted no puede dejar entrar al familiar porque si usted lo deja entrar se va a ganar el regañó del médico; entonces que todos sepan porqué es importante que el familiar esté presente.

4.1.3.8 Enfermeira 8

A comunicação com a E8 primeiramente foi realizada pela informante chave da Secretaria de Saúde; ela ligou para a colaboradora e explicou o estudo que estava sendo desenvolvido e como seria a coleta de dados. Após, a informante me falou acerca da intenção da enfermeira colaborar no estudo e me passou o contato dela para nos comunicarmos e definir a data, local e hora do encontro.

No dia 19 de março enviei uma mensagem para ela, me apresentei e expliquei um pouco mais sobre o estudo e novamente perguntei se estava interessada em ser partícipe dele, ela respondeu que seria um prazer contribuir; nesse momento não foi possível marcar o encontro para a entrevista porque ela ia revisar o quadro do plantão, sendo melhor para ela nos encontrarmos no seu local de trabalho.

No dia 26 de março me comuniquéi com ela novamente e perguntei sua disponibilidade para o encontro; marcamos a entrevista para o dia 1 de abril.

No dia do encontro nos conhecemos formalmente; falei um pouco sobre mim, o mestrado e o projeto com maior profundidade; ela me falou um pouco de sua experiência, procedência e posteriormente me fez um tour pela sala de partos nova que haviam terminado de construir e que ainda não tinha sido inaugurada.

Foi nesse lugar onde começamos a conversar; fiz entrega dos documentos legais, foram assinados e iniciamos a entrevista; foi gravado inicialmente o nome da colaboradora, data, local e hora do encontro e registrado que nada seria publicado sem a prévia autorização dela.

Na fala de sua experiência percebi um grande amor por aquilo que ela realizava no seu dia a dia, sendo prestados cuidados humanos e se focando nas necessidades da mulher e sua família; sem dúvida construiu-se uma conversa enriquecedora a qual teve uma duração de 28 min e 33 seg e uma visita aproximada de 1 hora.

Enfermeira 8 “El cuidado es personalizado”

A narrativa: Llevo más o menos como enfermera una experiencia de 20 años, 16 años los he desempeñado en el área de sala de partos, aquí en la Clínica de los Remedios llevo 11 años trabajando, es una experiencia muy agradable, muy placentera, en algunos momentos estresante porque las pacientes que manejamos acá son de alto riesgo obstétrico, son pacientes complicadas que requieren un manejo inmediato, una atención muy integral y que requiere que los conocimientos estén actualizados para poder brindarles un cuidado y una atención adecuada. En mi experiencia he tenido un crecimiento personal y a nivel profesional; el área de sala de partos requiere que los establecimientos se estén actualizando continuamente, estén revisando las normas que está emitiendo el Ministerio de salud y de Protección Social y sobre todo tratar de establecer un plan de atención que nos ayude a manejar a la paciente y darle un buen cuidado tanto a la mamá como al feto antes del nacimiento y después del nacimiento al binomio madre e hijo; La atención a la mujer en proceso de parto ha cambiado porque en este momento se está trabajando en el parto humanizado, teniendo en cuenta las características particulares de cada mamá, integrando al esposo y la familia durante el proceso del parto, durante el puerperio y dentro de esa atención humanizada hay muchos aspectos que se han modificado en la forma cómo se atendía a las maternas anteriormente y cómo se atienden en este momento; parto humanizado es un gran avance porque la materna se siente más cómoda, más tranquila teniendo en cuenta que el trabajo de parto y el parto son procesos totalmente diferentes que le implica para la mamá mucho dolor, muchos cambios a nivel corporal y que involucrar a su familia en este proceso

para ellos es muy importante, de igual manera recibir un trato amable, personalizado y digno también le lleva a tener un adecuado trabajo de parto.

Por ejemplo, aquí en la clínica nosotros somos una institución religiosa y siempre estamos recibiendo capacitación, pero antiguamente lo que uno escuchaba en las clínicas sobre todo del área pública era que a las pacientes las regañaban, no permitían el ingreso del familiar durante el trabajo de parto, si la paciente se quejaba mucho no le prestaban atención; entonces con el parto humanizado se ha tratado de cambiar todo ese paradigma que existía y se trata de concientizar al personal asistencial para brindarle un adecuado cuidado.

Personalmente cuando llega la gestante en trabajo de parto, lo primero que hago es establecer un plan de cuidados; como enfermera lo establezco desde el momento en que la paciente ingresa a la institución; cuando la paciente ingresa al área de triaje el enfermero que hace el primer contacto con ella nos comenta y nos informa que ha llegado determinada paciente, dependiendo del estado en que ingresa al triaje, aquí en sala de partos nosotros nos vamos preparando para recibir a esa paciente; en el momento en que ingresa ya sabemos que es una paciente a término o pretérmino, que viene con la presión alta, que consulta por contracciones o que ha roto membranas; entonces en ese momento establecemos un plan de cuidados. Cuando a la paciente ya se le ha tomado monitoria, la ha valorado el ginecólogo, empezamos a hacer un plan de cuidados personalizado; dependiendo de la paciente es muy importante estar pendiente de las monitorias fetales, de sus signos vitales, darle mucha educación, porque si tú tienes una paciente calmada que sabe a lo que se va a enfrentar es más fácil de manejarla, a diferencia de que si tú llegas simplemente la acuestas, le pones los líquidos y no la educas; entonces la educación tanto a la mamá como a los familiares para que ellos sepan cómo va hacer su proceso en el trabajo de parto es fundamental. Nosotras estamos muy pendientes de cómo va evolucionando su proceso, se le da información a los familiares, se le va explicando a la paciente cómo va todo para asegurar una total colaboración de parte de ella.

El plan de cuidados lo establecemos todo el equipo asistencial, el médico, la enfermera y el personal auxiliar de enfermería; cada uno tiene sus funciones establecidas y cada uno va mirando cómo va la evolución de la paciente y se va desarrollando el plan que se ha establecido con ella; por ejemplo, me llega una paciente con una ruptura prematura de membranas, revisamos la historia clínica, cumplimos las órdenes médicas, estamos al tanto de cómo van los signos vitales, cómo está la monitoria fetal, cómo va la dinámica uterina, cómo va evolucionando la dilatación y de acuerdo a eso se va a continuando con el plan de cuidados pero es un trabajo en equipo tanto del médico como la enfermera y el personal auxiliar.

Me siento preparada para atender un parto de bajo riesgo obstétrico, de hecho acá hemos atendido varios partos porque en la noche tenemos un médico especialista y un médico general; si por ejemplo tengo al ginecólogo en una cesárea y se me juntan dos partos, el médico general tiene que atender uno y la enfermera el otro; eso no es lo ideal porque estamos en una clínica de tercer nivel, pero en caso de un expulsivo no se le puede decir a la mamá que no puje, simplemente el bebé nace y uno lo atiende; pero si me siento en capacidad de atenderlo y de todas maneras me ha tocado. Mi experiencia ha sido muy agradable y muy gratificante; me ha dado susto, el resto es normal en

ese momento, pero es una experiencia muy gratificante, es traer una persona a la vida, es colaborar en ese proceso de adaptación de la vida intrauterina a la vida extrauterina, es colaborarle a la mamá para que su recién nacido se adapte bien y pueda tener un buen desempeño y un buen desarrollo durante el resto de su infancia.

Yo pienso que las estrategias que se pueden utilizar para que la mujer tenga una experiencia más positiva de su parto, uno es la educación a la mamá; lo ideal sería que la mamá realice su curso psicoprofiláctico en la EPS antes de llegar a la institución, acá nosotros no aportamos el curso porque no hacemos consulta externa ni control prenatal, pero una estrategia fundamental es el curso psicoprofiláctico donde a la mamá la preparan para el momento del parto, porque actualmente lo que hace la mamá es mirar televisión, entonces ellas se basan en lo que ven en Discovery Health y obviamente la atención recibida en otros países es muy diferente a la que ofertamos acá; entonces las mamás llegan muy desinformadas; entonces parte de una estrategia que tenemos acá es la información, la educación, que la mamá entre dentro de ese proceso de su trabajo de parto y que no lo vea como un sufrimiento como lo ven la mayoría, sino que lo vean como un proceso donde el dolor es normal en su trabajo de parto porque algunas mamás dicen “ay me están dejando sufrir”, cuando la mamá dice eso el proceso termina mal porque no respiran, empiezan a tirarse debajo de la cama, ella se jala el pelo, se araña; entonces la educación es una gran estrategia, permitir que el familiar la acompañe durante su trabajo de parto es una gran estrategia y todos los cuidados que nosotros le podemos brindar como equipo de salud es otra estrategia para lograr que el trabajo del parto y el parto sean procesos agradables qué es lo que la paciente espera de todo esto y llevarse su recién nacido para su casa.

En este momento no estamos permitiendo el acompañamiento del familiar en trabajo de parto porque estamos remodelando. Antes nos tocaba pasar por toda el área de cirugía para poder llegar a la sala de partos; anteriormente cuando la mamá nos traía la constancia de que el esposo asistió al curso psicoprofiláctico, que el señor está preparado para ver el parto, que no se nos vaya a desmayar en la sala de partos, se le permitía la entrada; entonces ellos estaban acompañándola y le hacíamos la adaptación neonatal y el papá salía y se retiraba hasta que la mamá estuviera en el área de puerperio; en este momento por la remodelación no lo hacemos pero lo que se busca con ello es la ampliación, tratar de que el acompañante esté con la mamá todo el tiempo en trabajo de parto y que en determinado momento la pueda acompañar en su atención del parto porque la gran mayoría se calma, inclusive la utilizamos como estrategia cuando la mamá está muy desesperada, nosotros llamamos a un familiar y lo dejamos que esté todo el trabajo de parto, el familiar le brinda calma, tranquilidad, ella respira bien, afronta su trabajo de parto de una mejor manera, aunque aquí no falta la paciente que haga todo lo contrario, entra al familiar y se desespera, grita, llora, se da contra la pared; entonces en ese momento entra uno a dialogar con ella y se le dice “si usted no se calma entonces sacamos a su familiar”; pero si tú le tienes al familiar con ella, se calman la mayoría de pacientes y si tú llevas al esposo a la sala de partos es mucho mejor, el parto es más tranquilo, la paciente colabora más, es más fácil trabajar con ella y con el esposo en la sala.

La última política que sacó el Ministerio de salud la 3208 del 2018, donde están las normas básicas para la atención del parto, las guías de atención médica

que da el Ministerio de salud que son las que nos guían en todo el proceso de atención y hay muchas resoluciones y muchos artículos. Actualmente el Ministerio de salud y de protección social está muy enfocado y está trabajando mucho en cuanto al cuidado de la mamá y del recién nacido y obviamente del feto cuando no nace.

Dificultades hay muchas, facilidades también; entre las dificultades pienso que cuando la paciente llega desinformada, viene con la mentalidad de que acá va a sufrir, de que no viene su proceso natural del parto sino que es un sufrimiento; hay una dificultad con las embarazadas y es que cuando se le das una orden hacen todo lo contrario, por ejemplo, tú le dices “mamá póngase de lado” y ella, ¿que qué?, que se ponga de lado; entonces es como si se diera una orden y ella no la capta muy bien, esa es la gran dificultad con ellas; facilidades es de que obviamente ya va a traer a su bebé al mundo, eso ayuda a que se pueda tener mayor contacto con ella, mayor interacción; se requiere mucha paciencia en esta área, dejar los problemas afuera, llegar con la mayor disposición, porque hay algunos momentos en que el trabajo en la sala se complica cuando llega una paciente descompensada, cuando no colabora, porque hay pacientes que se las pasa a sala de parto y ellas dicen “no voy a pujar” y no pujan, entonces es difícil convencerlas para que pujen cuando están en 10 de dilatación, cuando ya se ve la presentación pero se necesita un poco más de esfuerzo, entonces en ese momento uno quisiera meterse dentro de la paciente y decirle “por favor puja”, y esas son como las dificultades; de todas maneras la preparación y la experiencia le ayuda a uno mucho en esta área.

El sistema de salud en cuanto al manejo de la mujer embarazada ha cambiado mucho, está trabajando para beneficiar el cuidado de la mujer en estado de embarazo; sin embargo no falta la paciente mal direccionada, la paciente que asistió a sus controles prenatales pero no le realizaron todos los procedimientos que se requería, pacientes mal manejadas desde la consulta externa; sin embargo con las nuevas políticas y decretos se observa que el sistema de salud, las EPS, IPS, se han concientizado de que el embarazo es un período de riesgo para la mujer y que por lo tanto debe tener algunos cuidados o gran parte de ellos enfocados a disminuir los riesgos; en cuanto a las facilidades, hay una red de mayor cobertura, en este momento si necesitas un nivel de mayor de atención o te comenta la paciente la misma EPS se encarga de ubicarla, la EPS envía ambulancia para poder remitirla y las capacitaciones que brinda el Ministerio en este momento; para hacer gran parte de los procedimientos tú necesitas una certificación, o sea que el Ministerio te está capacitando también para realizar el trabajo. El equipo de trabajo de acá es excelente, la gran mayoría de nosotros llevamos muchos años acá, nos complementamos muy bien, entre todos trabajamos de la mano, todos estamos al pendiente de la paciente y si hay alguna complicación por lo mínima que sea vamos informando, la gente enciende todas las alarmas inmediatamente, el ginecólogo deja lo que está haciendo va y valora a la paciente, entonces trabajamos en equipo para lograr una atención cálida, eficaz para lograr los mejores resultados.

Yo pienso que las sugerencias vienen desde el control prenatal, inclusive antes de que la mujer decida quedar embarazada, la mujer debe recibir una educación preconcepcional, debe recibir los micronutrientes para estar preparada para el momento del parto y tratar de captar las pacientes desde el momento en que ella sepa que está embarazada; porque lo que nosotros

miramos acá en sala de parto es que a veces nos llegan pacientes que han empezado su control prenatal, en un mes se pierden, 2 meses, van al siguiente mes pero al siguiente mes no les realizan los laboratorios adecuados o tienen por decirte algo un urocultivo positivo pero no se cercioran de que la paciente si recibió el tratamiento, no le hacen el control de ese urocultivo; entonces ya nos llega la paciente al momento del parto con que tuvo un urocultivo positivo pero no nos llega con el urocultivo de control y ya en ese momento no podemos tomarlo si la paciente ya está en parto, entonces muy importante el manejo de la paciente en control prenatal, brindarles educación, incluir a la familia y al esposo dentro de todo el proceso del embarazo porque si la paciente tiene una red de apoyo para ella va a ser mucho más fácil enfrentar todo ese proceso; ya en la parte de atención del parto yo pienso que se debe estar actualizando las guías con frecuencia, que se esté capacitando al personal y yo pienso que dentro de la atención del parto ya se está tratando como de hacer lo mejor posible pensando tanto en el bienestar de la madre como del hijo.

Es muy importante el rol de enfermería dentro de la atención, el primer contacto que la paciente tiene siempre va a ser con enfermería; enfermería es quién le toma sus signos vitales, quién realiza el monitoreo fetal, es quién en ese primer contacto determina en qué riesgo puede estar la paciente; ejemplo, si me llega una paciente con hipertensión, el personal de enfermería enciende la alarma, entonces son pacientes que se van a pasar mucho más rápido al médico, entonces si yo tengo 4 pacientes esperando, una de ellas está hipertensa, obviamente vamos a pasar primero a la hipertensa; entonces desde ahí empieza la clasificación de la paciente, importante el calor humano que la enfermera le puede brindar durante su trabajo de parto; hay unos cuidados especiales que debemos brindarle a la materna durante su trabajo de parto como son: La toma de signos vitales, las monitorias, la administración de medicamentos, estar pendiente de su estado de conciencia, estar pendiente de que no haya ninguna complicación, de que ella esté colaborando en su trabajo de parto, brindar educación en cuanto a la respiración, al momento del expulsivo ayudar en el pujo; entonces el trabajo de enfermería dentro de la atención es fundamental porque tanto la enfermera profesional como el auxiliar de enfermería establecen el plan de cuidados, van muy de la mano para cumplir ese plan que se ha establecido en la atención del parto. Nosotros estamos muy pendientes del nacimiento, del alumbramiento, de colocar los medicamentos, de acolitar al pediatra en la adaptación del recién nacido, de colaborar al ginecólogo si es necesario hacerle episiotomía y episiorrafia, si hay alguna complicación como código rojo y luego pasándola ya al área de puerperio, la educación que se brinda en puericultura, cuidados del recién nacido, la educación con relación a los cuidados de la mamá, lactancia materna, planificación familiar; estamos pendientes de que el bebé sea vacunado, dieta, de verificar el sangrado vaginal que después del parto sea el adecuado; son muchas las actividades de enfermería en la atención de la gestante y el recién nacido.

Por ejemplo si tengo la paciente en inducción la conducción la hacemos con oxitocina, entonces se tiene que estar pendiente de que la paciente esté recibiendo el goteo adecuado, las unidades adecuadas; si tengo la paciente en inducción con misoprostol o con algún tipo de antibiótico igual; por ejemplo me llega una paciente sin cultivo vaginal con antecedente de una infección urinaria no tratada, entonces esos son los medicamentos que se deben colocar;

durante el alumbramiento manejamos la oxitocina para un alumbramiento dirigido, si la paciente presenta hemorragia postparto, código rojo, tenemos que administrar oxitocina, methergin, misoprostol, ácido tranexámico, ya depende del estado clínico de la paciente y depende de la orden médica. El goteo de oxitocina se administra dependiendo del estado clínico de la paciente y sobre todo de la orden médica, tiene que ser siempre ordenado por el ginecólogo; hay pacientes que trabajan solas, si ellas tienen buena dinámica uterina, si el partograma va dentro del rango normal y si su dilatación va progresando de forma normal no necesita oxitocina, ya se va evaluando de acuerdo cómo va evolucionando su trabajo de parto, el cuidado es personalizado.

Para mí, parto humanizado es tratar de que sea lo más normal posible sin intervencionismos, que el parto sea una experiencia agradable para la mamá, que se le brinde un trato adecuado, que pueda tener su primer contacto con su bebé desde el momento en que el bebé nace; lo primero que nosotros hacemos es colocarlo en el pecho de su mamá para que ella tenga ese contacto y evitamos la separación teniendo en cuenta las condiciones clínicas de la paciente, estamos pendientes de ella y evaluándola, explicándole en qué proceso se encuentra, a qué se va a enfrentar a medida que pase el tiempo y su dilatación aumente. Trabajar ahora con todos esos requisitos es mejor porque antes la paciente tenía su bebé y lo llevaban para una cuna y allá se le realizaban todos los procedimientos y ya luego la mamá tenía el contacto con su bebé; ahora se trata de que no haya separación y ella esté siempre en contacto con su bebé, se da educación, se trata de que la paciente tenga el apoyo de la familia y esté acompañada con la persona que ella desee, que sea la persona que más confianza le inspire a ella.

Yo pienso que trabajar en el área de obstetricia implica estar capacitado, estar todo el tiempo alerta, estar pendiente de la mamá, del recién nacido, de la gestante y de su bebé, de las posibles complicaciones, porque tú puedes llegar a un parto y tener un trabajo de parto dentro de los límites normales, pero llegas al expulsivo y todo da un giro, entonces la preparación, la calma que tengas en ese momento es fundamental para que todo esté normal.

4.1.3.9 Enfermeira 9

A E9 foi uma das primeiras enfermeiras que conheci com a ajuda da informante chave da Universidade do Valle, que ligou para ela e explicou acerca do projeto a ser desenvolvido e assim marcamos um primeiro encontro na oficina de pesquisa da Universidade.

No primeiro encontro ela chegou em companhia de uma doula da Alemanha e começaram a contar sua experiência no cuidado a mulher no processo de parturição, a aproximação com as parteiras de Buenaventura, cidade que faz parte do Pacífico Colombiano e sua cultura.

Ela se mostrava apaixonada ao falar do tema e interessada em ser parte importante do estudo; nesse encontro ela levou para mim uns livros de pesquisas desenvolvidas por ela e seus estudantes de enfermagem da

Universidade Livre de Cali, pesquisas realizadas com as parteiras e sua cultura na atenção a mulher em trabalho de parto e assim para o próximo encontro conversarmos sobre aqueles livros e relacionar com a minha pesquisa.

Marcamos outro encontro para o dia 18 de março às 17 horas, mas surgiram alguns inconvenientes que não permitiram realizar a reunião.

Após, a enfermeira me enviou uma mensagem via WhatsApp para marcar um novo encontro o qual foi realizado num restaurante mexicano da cidade; ali ela me mostrou uma apresentação dela feita num congresso, a qual falava acerca do parto humanizado e apresentou para mim. Foi uma experiência maravilhosa porque na medida que ela ia falando eu me empolgava com o tema e me identificava como enfermeira para atuar nessa área. Aquele dia expliquei mais a fundo o estudo e marcamos assim um encontro para a realização da entrevista.

A entrevista se realizou o dia 2 de abril na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Valle às 10 da manhã; primeiramente fiz entrega dos documentos legais, os quais foram assinados e após ela me mostrou uma linha do tempo de sua experiência que tinha feito num papel. Assim começamos a conversar e ela foi descrevendo e detalhando sua vida e experiência no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento como enfermeira, docente e mãe, dando para mim um grande aprendizado e legado de seu agir nas diferentes facetas.

A entrevista concluiu-se satisfatoriamente com uma duração de 56 min e 21 seg.

Enfermeira 9 “La vida me puso como punto de lanza para hacer cosas que salgan de lo común”

A narrativa: *Mi experiencia si nos fuéramos a la línea del tiempo data desde mis primeros años de egresada de la Universidad del Valle desde el año 1974-1979, dónde llego a Salud Pública, a los hospitales del nivel 1; por ejemplo en el hospital Joaquín Paz Borrero tuve la oportunidad de estar en la sala de partos concretamente y darme cuenta de la manera como las mujeres tenían que parir; eso a me creó una sensibilización muy fuerte al ver las condiciones de infraestructura de las salas de parto y me motivó el ver la diferencia entre una mujer que llegaba sin preparación para el parto y una mujer que había realizado su curso de preparación; haber pasado por estas salas de parto en mis etapas iniciales yo diría que en mi juventud cuando uno sale con sueños,*

ilusiones, esas ganas de hacer tantas cosas en la profesión; entonces ese ímpetu me motivo y luego tuve una oportunidad muy linda de trabajar.

En el año 1975-1976 fui a trabajar a la fundación Carvajal, donde tuve la oportunidad de realizar el control prenatal directamente, en ese tiempo éramos las enfermeras quienes lo realizábamos. La fundación Carvajal tenía un programa interesante el cual consistía en que las enfermeras actuábamos en la parte asistencial y a la vez administrativa; tenía dos días exclusivos a la semana para consulta de enfermería, entonces me dedicaba una consulta a control prenatal y otra a control de crecimiento y desarrollo; la emoción más grande que sentía era poder ver a los bebés desde su nacimiento y hacerles su control de crecimiento y desarrollo. Pienso que esos fueron tiempos muy bonitos que me dieron bases. En enseguida del consultorio dónde yo trabajaba se encontraba el consultorio del médico, ahí podía pararme y preguntarle porque había un nivel de confianza interesante, dónde me sentía profesional, donde podía hacerle la consulta que quisiera sobre dudas y preguntas; entonces también fue muy lindo porque coincide con mi primer embarazo y me veo con mi barriga grande, expansiva y también me veo enseñando y trabajando con las maternas; entonces para mí eso fue muy emocionante, tener mis grupos de educación maternal y me entusiasmó en Cali por abrir espacios para los partos y para la educación a las maternas.

Con relación a la infraestructura que me motivó hago referencia a que las mujeres muchas veces tenían que tener sus partos en las camillas; recuerdo que no había ropa ni guantes, sufríamos mucho por la falta de recursos porque estas mujeres llegaban al Alfonso López, una zona marginal aquí en el municipio de Cali en dónde está el sector de Juanchito, barrio 7 de Agosto; eran poblaciones demasiado marginales y mucha población negra producto de las migraciones, entonces la infraestructura que en ese momento histórico tenía la institución que prestaba los servicios no era la más adecuada en cuanto a dotación, equipos, no había un sitio aislado para las maternas, obviamente la sala de partos pero para trabajo de parto, control y todo eran sitios comunes donde entraba y salía mucha gente, había la presencia de muchos estudiantes, eran sitios de rotación de las universidades y los estudiantes hacían sus prácticas con las maternas directamente allí, la mujer pariendo y el estudiante haciendo tacto vaginal; entonces veía que las mujeres eran usadas y utilizaban sus propios cuerpos para su aprendizaje.

A lo largo de la historia creo que eso ha cambiado parcialmente; pienso en que la modernidad y en esta etapa en que nos encontramos algunas cosas se han modificado, por ejemplo veo que las instituciones se han preocupado por mejorar infraestructura, planta física, entonces ya hablamos de sitios adecuados para tener la privacidad del trabajo de parto y del parto; por un lado la dotación a veces mejora, a veces no y usualmente sí ha mejorado en eso; ha mejorado otro aspecto importante y es que en las salas de simulación de las universidades, la academia cambió también sus esquemas a raíz de todos los procesos de estándares de calidad donde la formación de los estudiantes se hace en laboratorios donde primero aprende en un modelo simulado y no tiene que aprender haciendo el tacto vaginal directamente en la paciente, por otro lado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud también están marcando un hito en el cuidado de la mujer; por ejemplo se suspenden los tactos vaginales innecesarios; una recomendación de la OMS que a me ha gustado y me ha impactado es pensar que la dilatación del cuello uterino ocurre

cada hora y eso era un modelo matemático que no se cumple necesariamente en cada mujer, entonces eso está llevando a que no necesariamente cada hora tengamos que hacerle el tacto vaginal a la materna y como ésta son muchas las recomendaciones de la OMS, entre ellas: El enema, el rasurado y todas eran obligatorias, hacer un rasurado vaginal era un requisito previo igual que hacer un enema; entonces como serían muchas veces los hospitales sin agua, sin las condiciones adecuadas, eso realmente tocó mi vida, fue como el input que me hizo hacer algo en la historia de mi vida y en la historia de la profesión de enfermería para que esto cambie.

Sin hacer muchas pretensiones en el sentido de que a lo mejor no hay un impacto que se pudiera medir en indicadores, pero lo que decidí contribuir en la historia de mi vida y en mi proyecto de vida, fue acercarme a ver cómo eran las experiencias de las mujeres que atendían partos; por ejemplo cuando tuve la oportunidad de estar en los centros de salud, hacer el primer manual maternal y fue motivarme, era funcionaria de la secretaría Municipal de Cali y con otra compañera María Eugenia Villaquirán éramos las dos que trabajábamos en el área materno infantil; nos acercamos a la Universidad del valle, a la escuela de enfermería que era nuestra casa materna, planteamos una problemática, una situación que queríamos mejorar; mejorar la manera cómo se hacía la educación maternal; entonces a nuestro cargo estaban los centros de salud de Cali y las salas de parto; nos acercamos y encontramos un hueco muy importante; los docentes también se motivaron por este tema, la docente Pilar Bernal y Martha Lucía Vázquez; entonces hacemos un equipo y decidimos hacer un manual y fue el primer manual de educación maternal que circula aún en algunos centros de salud y que lo llevamos para todo Cali y tuve la oportunidad de sacar ese manual publicarlo y permitía que las enfermeras y las personas que llegaban a la sala de parto, centros de salud pudieran tener una orientación, una guía y por muchos años lo fue hasta que en este momento otros movimientos y otras situaciones se han estado actualizando. Hay una enfermera que hizo la actualización de ese manual, ya hoy lo tengo en mis manos, ella lo actualiza y le Integra más ejercicios, elementos conceptuales y es muy interesante ese trabajo.

En la década de los 80 y 90 empezamos a hacer toda la parte de formación en los centros de salud, los cursos de educación maternal con la oportunidad que la vida me dio de ser directora del programa de enfermería de la Universidad Libre de Cali, siendo un programa nuevo que se estaba abriendo; entonces pensé que habría que crear un semillero de investigación y fue el semillero Las Lunas, con estas estudiantes jóvenes, motivadas, interesadas, personas que venían de algunas regiones de Colombia, me fui motivando para que nos acercáramos a las parteras del Pacífico Colombiano con ese semillero. Íbamos a Buenaventura y por espacio de 4-5 años hicimos un trabajo que se llamó Cartografía Social de la partería en el Pacífico Colombiano, posteriormente hicimos un artículo que se tituló El Baúl de los Secretos de las Parteras, tuvimos el consentimiento informado de la presidenta y fundadora de Asoparupa, en ese momento la señora Rosmilda Quiñones y con ella empezamos este trabajo de acercarnos a la partería, queríamos conocer el trabajo de la partería, las prácticas tradicionales que se vienen haciendo a partir de la cultura afro e hicimos mapas del pasado, del presente y del devenir de la partería, ocurría para eso en el año 2007.

Entonces continua ese deseo de seguir apoyando a las parteras, personalmente yo llegé allí por algo muy importante que recuerdo, en ese momento yo era la coordinadora del plan de atención básica de la gobernación del Valle, entonces llega una mujer a pedir financiación para hacer los encuentros tradicionales que ellas hacían, esa mujer fue Rosmilda Quiñones y el secretario de salud me comisiona a mí para que busque los recursos, por un lado, pero para que también los represente en Buenaventura como secretario de salud para impulsar el trabajo de las parteras; entonces digo yo “a quién le han entregado esto”, era una conspiración del universo porque ahí realmente empecé a hacer todos mis sentidos, todo mi ser se unió para apoyar el trabajo de las parteras; en ese momento la misma OMS, el Ministerio de Salud consideraban que las parteras no eran reconocidas a pesar de que desde el Ministerio de salud nos tocó hacer capacitaciones de parteras y trabajar con ellas en los puestos y centros de salud pero no había un reconocimiento tal de la partería como una práctica social dentro de una sociedad y dentro de una comunidad por lo menos aquí en el departamento del Valle; entonces fue muy interesante haber hecho esa cartografía y haber visto cómo era el pasado de la partería, como ellas se hacían parteras; fue un artículo que se publicó en la Revista Entramado en el volumen 1 donde se puede ver o conocer cómo era la partería en el Pacífico Colombiano. Antes desde el punto de vista por ejemplo cómo se ligaba el cordón umbilical, cómo se recibía, que pasaba cuando nacía un niño o una niña y cómo es que ellas llegaban a ser parteras a través de la abuela o a través de las personas que las motivaban, como en el presente las parteras a pesar de que habían tenido algunos logros importantes no eran reconocidas dentro del sistema y al contrario cuando llegaba una persona remitida por una partera no era bien vista, se las rechazaba y las parteras sentían ese rechazo del sistema de salud para su trabajo y como soñaban en el devenir; entonces ahí se plantean los sueños de las parteras, como ellas soñaban con una casa de parto y con unos nichos que hoy los están haciendo. Si se compara el artículo del documento y la investigación que fue de tipo social cuyo objetivo era el reconocimiento que hoy por ejemplo el plan de salvaguarda de la partería les ha hecho y el Ministerio de Cultura las ha considerado patrimonio de la humanidad; en ese momento con el semillero Las Lunas nos aproximábamos a esa práctica, pudimos permear el currículum de enfermería a través de la realización con otros docentes, el docente de sociología que se interesó por esto y llevó a los estudiantes a que revisaran la investigación para que conocieran y los varios grupos de estudiantes; ese fue un trabajo de los estudiantes que se graduaron de pregrado, pero vino otro grupo también, los estudiantes se interesaban y querían formar parte de ese semillero Las Lunas y eso se institucionalizó dentro de un grupo de investigación en atención primaria que cree en la Universidad Libre; entonces los estudiantes llegaban a rotar por ese semillero, tuvimos varios grupos; un segundo grupo que rotó por el semillero y por el grupo de investigación de atención primaria fue el grupo que trabajó parto humanizado y eso lo hicimos en el hospital San Juan de Dios de Cali; esta práctica fue muy interesante porque lo que se quería ver era qué tanto se alejan o se acercan las políticas de los movimientos nacionales, movimientos de parto humanizado de mujeres por ejemplo la red Huacan, qué tanto se alejaba o se acercaba lo que planteaban estos movimientos con la forma cómo se atendían los partos en el hospital San Juan de Dios; entonces ese fue un trabajo muy interesante

también porque primero, las estudiantes que rotaron allí, 4 estudiantes, se acercaron a conocer algo que no sabían, yo fui su tutora, salieron sensibilizadas frente a la salud pública, frente a la atención primaria y a la atención del cuidado de la mujer y los partos humanizados, porque a la conclusión que nos llevó este trabajo es que nosotros estábamos realmente muy lejos todavía en el hospital que se hizo el estudio con atención humanizada de los partos. Luego también historias de vida, hubo otra estudiante que hizo una revisión.

En Buenaventura tuvimos la oportunidad de trabajar con estudiantes que nacieron y vivían ahí, no conocían el trabajo de las parteras, entonces logramos que se acercaran a su territorio y se dieran cuenta que una vez que fueran a ser enfermeras deberían de conocer ese legado que tienen ahí culturalmente, el legado de la partería. A raíz de eso organicé el primer encuentro de saberes de la partería titulado “diálogo de saberes, partería y enfermería y otros saberes locales” fue muy interesante porque que llevamos las parteras, usualmente ya hacían su trabajo entre ellas, su partería nacional; entonces tengo la oportunidad de conocer el centro Internacional del parto tradicional, Achafía Monroy la presidenta de este movimiento que hace eventos en los 50 estados de los Estados Unidos, eventos anuales y ella pide fondos, ayuda de otros países para África y países en vías de desarrollo; entonces le presento el trabajo que se hace a este centro internacional concretamente a esta mujer, le presento el trabajo que venimos haciendo en Buenaventura, ella se motiva considerablemente, llevo también para la entrevista con ella un video de Pirry, en ese momento él estaba sacando el tema de las parteras, él motivaba y sensibilizaba; cuando ellos ven eso en Estados Unidos en el Centro Internacional, Achafia y su esposo se motivan por venir a Colombia porque no conocían ni sabían de este trabajo y es cuando organizamos en el año 2007 el encuentro que fue histórico y nos trasladamos a Buenaventura, fueron todas las universidades de la región, también otras universidades, fueron las profesoras de la Universidad del Valle, la Universidad Santiago de Cali. Quien revisó todos los materiales que se presentaban era Martha Lucía Vázquez, a ella le pedía revisar lo que estábamos haciendo porque el enfoque que le quise dar al proyecto fue un enfoque transcultural y todo lo hacíamos con Leininger y era dándonos cuenta de cómo lo que estábamos haciendo, tenía esa visión de la teoría del sol naciente; quisimos también pensar que no solamente llegaran de Estados Unidos porque era una mujer africana Achafia Monroy, ella tiene en los Estados Unidos la formación de las dulas comunitarias y las dulas con acompañantes del parto, entonces ahí también traigo mujeres de Guatemala, una mujer que trabaja también la parte ancestral y que trabaja con las comadronas de Chinique Guatemala y también a la mexicana Guadalupe Troa que trabaja con el método Lamás, entonces todo esto lo llevamos a Buenaventura, llevamos las bolas de pilates, los rebozos y se hace toda esa parte en tres días que duró el evento; esa es una parte muy práctica y demostrativa, al final todos esos saberes hermosos de los arrullos, los alabados y todos esos saberes que tienen las parteras, se puede decir que se fue un encuentro que se quedó grabado en mi memoria, en mis venas y sobre todo lo más emocionante fueron los estudiantes de haberlos llevado al encuentro en ese momento histórico de Buenaventura que se encontraba en una crisis social muy grande y llevar estudiantes y visitantes internacionales era

fácil sin embargo todo eso se confabuló para que el evento se hiciera como lo habíamos soñado.

Posteriormente me mantengo en un espacio académico investigativo donde en el currículum de enfermería, los profesionales que se graduaron en esas fechas recibían permanentemente los seminarios de parto humanizado, entonces monté una cátedra de cuidado holístico en las maternas y cree paralelamente mi fundación holista, la tengo en ese momento con terapias naturales en Cali. Todo este tema de lo holístico me estaba apasionando y me fui formando en él, organicé el primer diplomado de salud holística en la universidad Libre con formación más profesional y lo que hicimos fue llevar todo ese enfoque holístico a las maternas, básicamente mujer en cuerpo mente y espíritu y verla en esa dimensión que es el embarazo; cómo hacer el masaje, trabajar los aromas, el rebozo, las canciones, la relajación, movimentación, la visualización; entonces estos ejes van desde el enfoque holístico aplicado a la mujer durante el embarazo, esa cátedra se sostuvo y se sostiene todavía con estudiantes de quinto semestre de enfermería; los estudiantes una semana antes de ir a sus prácticas de rotación por las salas de parto se les pide que hagan un estudio de caso, que sigan a una mujer que parió, que acompañó y que observe si ella en esa institución recibe o no esos cuidados holísticos y esos cuidados de parto humanizado, desde que inicia el parto y que miren si la institución propicia eso y lo describan; esto es muy interesante porque en el segundo encuentro que hacemos en el año 2016 atraemos a personas como Rita Aparicio de Dulas Caribe, traemos otras mujeres, vuelve Cristina Chávez también de la asociación de médicos Descalzos de Chinique Guatemala y traemos también al médico de Ecuador que trabaja en la casa del parto en agua, traemos también como invitadas a las parteras de la Sierra Nevada de Santa Marta, la partera que viene de la unidad que es mamá Agustina que también nos cuenta su historia e invitamos a las parteras del Pacífico pero ya nuestro evento se hizo con una visión más global de cómo el parto tiene un enfoque intercultural, a ese encuentro lo titulamos “parto con enfoque intercultural”, invitamos sociólogos, enfermeras; fue muy lindo que las estudiantes de enfermería presentaron sus estudios de caso, creo que el núcleo central del encuentro fue la presentación de estudiantes que ya escribieron los relatos donde pudieron contar los casos que ellas siguieron, la sorpresa fue muy grande porque médicos ginecólogos, obstetras, empezaron a pensar que los estudiantes estaban diciendo la verdad, por ejemplo cuando ellas decían que se le gritaba a la paciente, cuando se les decía palabras, cuando se aplicaba la violencia obstétrica sin llamarle así necesariamente en ese momento, pero ese fue el núcleo central del encuentro; para mí en las memorias que todavía estamos sacando, las estoy sistematizando porque voy a hacer el tercer libro, entonces ahí están esos relatos de las enfermeras ya en las vivencias de las salas de parto después de haber recibido los seminarios de parto humanizado y otro momento ya motivada por esto es cuando creo la asociación Parir, entonces convocó a un grupo de personas de Cali mujeres independientemente de la profesión que llegan al médico familiar, hay una socióloga, personas administradoras, mujeres que deciden hacer algo por las mujeres que están teniendo sus partos, que quieren también que haya un movimiento y contribuir a que hayan movimientos de un parto respetado; entonces creamos en el año 2003 la Asociación Parir, yo soy cogestora de esto y realmente fui motivada por estos encuentros y muy sensibilizada por este tema; en la Asociación en este

momento tenemos alrededor de 13 a 15 mujeres, cada una con su propia disciplina y recibimos formación como dulas independientemente de la formación de su campo porque ya hay un programa específico, la dula nunca compite con la enfermera el cuidado de la mujer, la dula complementa el trabajo del enfermero y del médico pero se dedica más a la mujer. La dula en Estados Unidos por ejemplo y en otros sitios sobre todo de América Latina puede tener otro nombre pero es una mujer que fue creada justamente para acompañar, que cada mujer embarazada tenga una dula pero esa dula puede ser la tía, la mamá, el esposo, la vecina.

Aquí en Cali ya estamos perfilando y vamos a sacar un diplomado en dula intercultural, pueden ir médicos, enfermeras, cualquier persona y se da la certificación. Esto ha tenido mucha controversia aquí en Cali y a mí me encanta la controversia, la vida me puso como punto de lanza para hacer cosas que salgan de lo común, a veces mis propias colegas no están de acuerdo con lo que yo hago en relación a la formación de las dulas pero esto me ratifica más todo lo que venimos haciendo hace dos semanas con la Universidad del valle en la escuela de salud pública un conversatorio dónde presentamos el parto humanizado y el parto respetado y cuáles eran las proyecciones y las tendencias, entonces fue muy interesante porque llegaron estudiantes de posgrados, de pregrado y también hubo incluso maternas que fueron al conversatorio y cada vez ratificamos que sí, los mismos ginecobstetras, porque hay evidencias y estudios que demuestran que realmente si nosotros acompañamos a la mujer de otra manera con respeto, dignidad por lo que está viviendo, vamos a disminuir no solo los riesgos de mortalidad materna, también las cesáreas, contribuimos en algo muy importante que no tiene medición y es que en este momento en que hay observatorio de violencia obstétrica vamos a disminuir esos riesgos de dar violencia obstétrica a las mujeres, me salté algo que también fue un hito aquí en Cali que fue muy importante y que luchamos por espacios de 3-4 años hasta que lo logramos a finales del año 2017 y fue hacer el acompañamiento a 50 profesionales de la salud y centros de salud de Cali que tienen salas de parto y fue acompañarlos en la formación de parto humanizado pero también todos querían conocer que era la dula y que hacía la dula, entonces el eje central era un modelo de acompañamiento de la dula en un hospital de aquí de Cali que fue el hospital de la ESE Ladera; tuvimos la experiencia de hacer 6 talleres, trabajamos metodológicamente los cuadernos de aprendizaje, esos talleres tuvieron varios temas, varios módulos y trabajamos con la Secretaría de Salud de Cali la formación de los profesionales, fueron 4 módulos, el primer módulo fue políticas públicas, todo ese contexto sociocultural político y los marcos legales, la agenda del desarrollo sostenible, todo lo que viene con las RIAS, MIAS, la violencia obstétrica y luego ya la visión holística para el cuidado de la salud y la vida de la mujer materna, las herramientas de comunicación, toda la parte de nutrición pero también implementamos el yoga prenatal, los ejercicios, sus beneficios y todo lo que es la salud primaria, psicología prenatal y la sexualidad y luego el modelo de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor dónde empezamos a trabajar todos los modelos como parto con enfoque cultural, intercultural que se está haciendo en Ecuador, en Perú dado que ellos tienen en su constitución política el tema del buen vivir, entonces ellos ya han implementado en hospitales y también Brasil no conozco mucho, realmente desconozco pero sé que estos países han implementado modelos

interculturales ; Colombia tiene uno muy interesante en Guainía, México ha avanzado mucho pero esa mirada para que nos demos cuenta de que lo que estamos hablando y lo que estamos haciendo ya otros países lo tienen hace rato y que a lo mejor nosotros estamos muy atrasados en todo esto; entonces damos toda esta parte del uso del rebozo nuevamente que ya lo habíamos trabajado en los encuentros interculturales, la bola de pilates, los beneficios de la aromaterapia con esencias florales, parto vertical, mucho de este estudio donde hay evidencias científicas demostrando que el parto vertical es beneficioso, tenemos que abandonar la postura horizontal para el parto; el CLAP latinoamericano de perinatología lo está diciendo hace rato sin embargo seguimos utilizando métodos tradicionales para la atención del parto y como teníamos dentro del equipo varias fisioterapeutas este tema de pelvis en movimiento fue maravilloso y gustó mucho a los profesionales de la salud, luego vino todo ese vínculo mamá bebé que fue como todo el tema “el problema del posparto” un espacio donde la madre se siente abandonada, se siente sola y nosotros a través de todo ese cuidado materno podemos prevenir la depresión post parto, acompañar más y hacer de que no exista, contribuir a que disminuyamos esas tasas tan altas del abandono de la lactancia materna en los primeros meses; entonces el modelo pedagógico fue básicamente ese el vínculo con las consejeras de lactancia materna que también tenemos en la asociación Parir, esto fue muy motivante porque además de terminar los módulos algunas dulas fueron al hospital y tuvimos el modelo de acompañamiento, se quedaban por turnos acompañando a los profesionales, esto lo vimos en el curso teórico, tuvimos prácticas pero como había una dotación de la silla vertical, se quedó en la ESE Ladera, entonces se pudo observar, ver su uso adecuado, podemos ver entonces cómo se utilizan las bolas de pilates, implementamos ese modelo de parto con enfoque holístico y con atención humanizada en una de las instituciones entonces las dulas iban y rotaban y tenemos también una sistematización de esa experiencia.

El rol de enfermería con relación a las cuidadoras también porque enfermería no es la única cuidadora, el cuidado no es sólo de enfermería, el cuidado lo hace la madre, la mamá con el bebé, lo hace una vecina, el cuidado es algo incluso Leonardo Boff con el tema del cuidado y el mismo Foucault con el tema del cuidado de sí hace rato nos están diciendo que el cuidado aunque tenemos teoristas de enfermería del cuidado pero ellas se fundamentaron en todos estos autores del pensamiento complejo, estos autores donde formulan sus propias teorías de Cuidado, pero pienso que el rol de la enfermera es primero que todo cambiar su mirada, las enfermeras necesitamos una revolución y es dejar de pensar que el cuidado es sólo de enfermería porque como profesionales de la salud caemos en un círculo que yo llamaría vicioso, entonces es ser jefe con una postura de jefe, y yo quisiera un día ojalá que yo lo pueda ver y no nos llamáramos jefes porque eso ya tiene que cambiar en una sociedad posmoderna, en una sociedad que esté pensando de otra manera, no en el método cartesiano sino en una visión holística, ese equipo redes, complementariedad; entonces yo veo a las enfermeras trabajando así en el futuro, las veo trabajando en redes trabajando más que sentirse la jefe o liderando siempre procesos, más que todo eso yo veo las enfermeras complementadas que complementen el trabajo con las parteras, apoyando el trabajo de ellas, haciendo visible su trabajo, reconociendo y haciendo visible el trabajo de las dulas y no llevando a que se piense que las dulas van a quitar el

espacio de las enfermeras sino que nadie va a quitar el espacio que tiene una enfermera bien formada, de calidad, que tenga incorporado esto de la humanización de los partos, el respeto y yo pienso que el presente para las enfermeras que volvemos otra vez hacer la atención del parto en Colombia con la normatividad porque la perdimos después de la resolución 412 y la ley 100, la enfermera materno infantil estará a cargo de partos y las salas de parto, esa labor se está recuperando, obviamente las universidades deben incorporar el tema de la atención del parto en la estructura curricular y eso es un cambio importante porque antes como las enfermeras no atendían parto entonces esa práctica no se profundizaba pero ahora hay que profundizar en la parte curricular, en la parte de formación y el futuro que veo lo veo muy interesante en el sentido de que los partos de bajo riesgo quién mejor que las enfermeras podamos atenderlos y vamos a ver como por ejemplo la dula no atiende partos, vamos a ver cómo va a ser de lindo porque yo soy enfermera, soy dula declarada, entonces yo sé que ese trabajo si se puede complementar.

Pienso que los movimientos latinoamericanos de parto humanizado nacieron justamente en fortaleza Brasil y empezaron a darse por mujeres, podría decir uno que eran feministas pero eran mujeres que querían rescatar los derechos de las mujeres para ser respetados en algún momento de la vida de los seres humanos como es el momento del nacimiento, entonces lo que he investigado es que por ejemplo el parto respetado, el parto es algo íntimo, es algo muy especial en la vida de la mujer y de la misma manera que cuando nosotros tenemos una relación sexual que es donde se va a engendrar un hijo o una hija, yo quiero intimidad, yo quiero que esté oscuro, tranquilo, respetado, digno, yo no lo hago en la calle yo no lo hago mostrando a todo el mundo, entonces así de la misma manera es cómo deberían nacer los bebés.

Se dice que el parto orgásmico por ejemplo no es tanto que la mujer tenga un orgasmo en el parto sino que es un parto tal como si tuviera un orgasmo en unas condiciones de tranquilidad, de felicidad, no estoy hablando de mujeres violadas porque obviamente ahí no va a haber ninguna felicidad, al contrario es una violación de la mujer y de su cuerpo, entonces es rescatar el cuerpo de la mujer en esa dignidad íntimo femenino, en eso que nos gusta, es volver a el silencio; no concibo una sala de partos donde estén los celulares, donde se está escuchando un partido de fútbol, donde no se respeta que está naciendo una vida, que está naciendo un ser porque lo he visto; siempre se le habla de los riesgos y la asustan, nosotros hemos trabajado en la cultura del miedo en donde sólo le hablamos de los factores de riesgo, entonces hacemos entrar en miedo a la mujer en lugar de engendrar la tranquilidad, decirle "si tú puedes", el cuerpo de la mujer está preparado para ser madre tu anatomo-fisiología se va a condicionar porque ahí hay una danza de hormonas que van a circular durante el parto y esa oxitocina la hormona de la felicidad es la te va a permitir que tu pelvis se expanda, esta hormona es la que hay que generar pero nosotros la frenamos justamente cuando empezamos a hacer procedimientos quirúrgicos no adecuados, tanto que en este momento se hacen de rutina y si la mujer viene preparada, sabe respirar adecuadamente, sabe qué es lo que le va a suceder, tiene conocimiento, información, ella normal y naturalmente va a liberar las hormonas que necesita para parir pero si se da en unas condiciones de las salas frías, a veces la violencia obstétrica se da y no significa que le peguen a la mujer porque no se ha visto eso pero es decirle puje por ejemplo cuando el pujo es algo involuntario y le va a llegar natural y normalmente a la

mujer y eso era lo que hacíamos en el pasado le decíamos “puje que ya viene” y lo que necesita la mujer es dejar que ella puje naturalmente pero como no hay tiempos entonces lo que hacemos es pensar que si el período expulsivo es muy largo se debe hacer una cesárea innecesaria a veces, aunque las cesáreas salvan vidas, entonces yo pienso que parto respetado y parto humanizado es respetar a la mujer, no importa dónde sea el parto o la institución; he visto hospitales donde realizan parto humanizado incluso enfermeras que se han formado de dulas, incluso una enfermera en Cundinamarca que fue una experiencia hermosa de ver cómo convirtió su sala de parto y para mí es un modelo, ella tiene su sala de parto humanizado y ella les da cátedra a los ginecobstetras, a los pediatras y a las personas que vienen; entonces para mi parto humanizado es respetar a la mujer en ese momento y respetar sus tiempos no acelerarlos; un director de un hospital decía “no queremos hablar de esto” “a mí no me interesan las recomendaciones de la OMS” “aquí por rutina y por protocolo nosotros inducimos el trabajo de parto y aquí a todo mundo se le aplica la epidural”, entonces frente a esas situaciones a mí me parece que no se está respetando el parto, el parto respetado es eso, un parto digno, un parto humanizado, creo que las palabras pueden ser redundantes.

Tenía una profesora de dula internacional que fue la que me indujo en esto y me dice “ más que parto humanizado deberíamos de hablar de un parto animalizado” porque si tenemos que mirar a la naturaleza miraríamos a los animales y ellos nos están enseñando; los animales no hacen violencia, ellos se retiran a un espacio o a un lugar donde quieren parir en silencio, en paz, es más no les gusta que les estén tocando, por eso yo alabo las recomendaciones de la OMS, las enseño y las comparto y soy feliz cada vez que me toque hablar con estudiantes y vamos a respetar a la mujer en sus momentos. Es triste ver que las personas que más maltratan a las mujeres en las salas de parto desafortunadamente son las mismas mujeres y lo digo con hechos, a veces las mismas médicas ginecobstetras, las mismas enfermeras reproducen los modelos que viven en las salas de parto sea por el médico jefe de la sala de partos o el ginecobstetra y la enfermera que está ahí y por ende las auxiliares terminan haciendo casi lo mismo entonces los modelos de violencia se reproducen.

Como sugerencia para mejorar la calidad de la atención a la mujer en proceso de parto y parto, pienso que primero se debe ser humanos, por ejemplo a veces las enfermeras pensamos que el autocuidado es hacia afuera aunque eso está cambiando pero si yo me quiero, si yo me cuido, si yo me valoro, si las enfermeras nos valoramos, si las enfermeras siempre estamos estudiando, formándonos, investigando, si no descuidamos ese rol de investigadores permanentes, estamos posicionándonos ante una sociedad que requiere y necesita justamente todos estos cuidados de enfermería. Yo pienso que la sugerencia es estudiar, ponernos en la condición de ser aprendientes, no creer que sabemos todo porque estudiamos o tenemos un título o recibimos una distinción, yo creo que el camino no termina y aquí mi pensamiento llega como el de la doble espiral cuando yo creo que hay un punto de llegada ese es mi punto de partida, entonces es ser aprendientes permanentes de la vida de las mujeres, de cada mujer que viene a mí para que yo le de cuidado esa es una mujer de la que yo tengo que aprender.

Quiero felicitarte porque estás haciendo un trabajo que yo sé que va a ayudar porque cuando tú me llamaste y me dijiste “quiero hacerte una entrevista para recuperar un poco la historia y saber cómo enfermería se ha posicionado en el cuidado materno y qué es lo que han hecho las enfermeras aquí mismo de la región”, a mí me parece que le vas a hacer un aporte muy interesante y cuando vengan otras generaciones van a leer un poco y van a conocer enfermeras que han hecho logros porque sé que las personas que tú seleccionaste algunas han sido mis profesoras, maestras, compañeras de estudio, de trabajo; entonces hemos caminado juntas en la salud pública, en el cuidado materno, entonces sé que todas tenemos tanto y que ahora esa riqueza está en ti, en tu mente. Cuando te miraba decía “estar entrevistando a una mujer y luego a otra” quién está realmente nutriéndose de todo eso y quién le va a poder aportar a la sociedad como toda investigación eres tú y obviamente con una proyección a las demás personas para que lo lean.

Mi hija que vive en Estados Unidos en una parte hermosa y muy tradicional, ella también ha sido mi inspiración, mi historia personal es ser madre de dos hijos hombres y una mujer; entonces ella me dio el privilegio de ser madre con dos nietos Paloma y Santiago y he tenido el privilegio de acompañar sus dos partos, entonces cuando estuvo en el primer parto aproximadamente hace 13 años, fue justamente cuando conocí a Chafía Monroy, mi hija me acerco a ella me dijo “mamá aquí hay un movimiento muy fuerte de dulas, de partos tradicionales y yo escucho que tú estás trabajando con parteras, acércate y conoce porque ya les he hablado de ti” y ella me lleva a conocer y es por eso que yo traigo a Chafía pero lo que yo quiero decir es que yo me preguntaba ¿qué siente una mujer enfermera en el parto de su hija?, cuando lo estaba viviendo me conmovía porque yo decía “una cosa es acompañar el parto de otra niña, de otra mujer pero es que es tu hija” y cualquier movimiento, cualquier cosa es la vida de tu hija y que a nosotros nos toca mucho eso, entonces tuve esa oportunidad de estar en el parto de mi hija, ella tenía que elegir las personas y escribir allá quienes querían que la acompañarán y ella me eligió a mí como su mamá y eligió obviamente a su esposo y también tenía que estar en ese rol de enfermera y a la vez de mamá y que a la vez yo no le iba a quitar el protagonismo al esposo, entonces esa parte humana he visto que si uno no toca la sensibilidad de lo humano realmente ahí es donde se mueve todo. La inteligencia emocional hoy en día te está hablando de la importancia de mover todas esas emociones que pasa con los niños, las mujeres, los seres humanos y los seres vivos en general. Yo lo que quiero decir es que gracias a mi hija, quiero resaltar que todo esto, mi historia de vida se fortalece desde la academia, desde la investigación, desde promover encuentros, acercamientos y todo se fortalece en las oportunidades que mi hija me dio de acompañar sus partos 1 el parto de Santiago y 2 el parto de paloma que fue un parto en agua en casa donde ella también como antropóloga me da la opción y me da la oportunidad de que su mamá esté allí.

4.1.3.10 Enfermeira 10

Na reunião realizada na Secretaria de Saúde de Cali o dia 19 de março, a informante do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva me apresentou ao enfermeiro coordenador da área materno infantil de um hospital; falei com ele sobre o estudo que estava sendo desenvolvido e expliquei que a pesquisa estava sendo feita com enfermeiras que atuam na atenção ao parto e perguntei se era possível falar com as enfermeiras da área com objetivo de vincular elas no estudo.

Após, ele se comunicou comigo via WhatsApp e me disse que falou com algumas enfermeiras e me passou os contatos; foi assim como me comuniquei com a E10 pela primeira vez, me apresentei e falei um pouco do projeto, expliquei que a coleta de dados seria feita por meio de uma entrevista, a qual se ela permitisse seria registrada através de um gravador digital; ela aceitou e posteriormente marcamos o encontro para o dia 2 de abril nas instalações do hospital onde ela trabalha.

No dia do encontro nos apresentamos na sala de partos e como ela estava terminando o plantão nos dirigimos para a cafeteria do hospital; ali ela me manifestou que não gostaria de se encontrar com o diretor do local para não ter algum tipo de problema pela informação com relação a instituição, mas expliquei que tinha a ver mais com a sua experiência como enfermeira no cuidado à mulher no processo de parturição, história, mas não com a instituição.

Seguidamente fiz a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a carta de cessão, ela leu os dois na totalidade e assinou. Assim, começamos a entrevista e ela começou me contar sua experiência antes de ingressar no hospital e depois; a conversa era fluida, ela foi amável e mostrava ter conhecimentos da área, no entanto percebi que estava um pouco inquieta. A entrevista teve uma duração de 47 min e 55seg.

Enfermeira 10 “Nosotros hospitalizamos el parto, enfermamos a la materna”

A narrativa: Hay varias cosas en cuanto a la experiencia, cuando uno empieza en materno se inicia con mucha evasión porque el nacimiento es algo bello, ayudar a la mujer y al niño a ese proceso de que nace un nuevo ser, de que la mamá está feliz; entonces esos primeros años son muy bonitos y se siente compromiso de poder ayudar a esa mujer. Yo llegué acá porque el destino me

puso aquí, por ejemplo en la universidad hice mi práctica en el área que yo quería trabajar la cual no era materno era psiquiatría, cuando llegué a materno tuve que atender muchos partos, fue algo que no esperaba, eso también me dio la posibilidad de sentir atracción hacia el área de materno y cuando empecé a trabajar todo se destinaba a que yo trabajara acá y de alguna manera terminé trabajando en la sala de partos del Hospital Carlos Holmes Trujillo cuando no era lo que realmente pensaba hacer.

La población de acá exige mucho de uno como enfermero, disposición de conocimiento, paciencia, tolerancia, aprendizaje; hay muchas personas que vienen con todo el corazón a tener a sus hijos y hay otras mujeres que pareciera que no anhelan tener ese bebé, entonces a veces esas situaciones hacen que uno se confronte, de tratar de ver a esas pacientes con todos esos elementos que uno dice “no es lo ideal”, lo ideal es que todas las mujeres vengan aquí a querer tener sus hijos con amor y eso no se ve siempre. De alguna manera sentía algo que me tocaba hacer pero no por obligación sino que era la tarea que a mí me correspondía hacer y también mi forma de ver esta área de la salud no como una enfermedad porque cuando nosotros nos formamos como enfermeras siempre se está atendiendo a gente enferma, gente con problemas, esta área está dentro de la salud pero más que cualquier enfermedad tiene que ver con la vida; entonces a mí me gusta materno, me gusta trabajar con mujeres, no estamos atendiendo el dolor de la tristeza sino el dolor de la alegría que pareciera contradictorio, hemos aprendido a vivir con la gente de acá dentro de las condiciones que ellos tienen.

Las chicas o señoras que vienen acá y están en su trabajo de parto algunas no saben a qué vienen, ellas vienen muy lindas pero no tienen ni idea de lo que les espera en el parto, no saben qué les va a doler, no saben que a pesar de que les va a doler ellas pueden manejar ese dolor, entonces es ahí donde justamente de una manera rápida hay que abordarlas y decirles “eso es lo que le espera y hay que hacer las cosas así, hay que respirar de esta manera, hay que tranquilizarse, nosotros estamos aquí para cuidarte pero el trabajo que hay que hacer depende de ti misma”, entonces ayudarlas en ese sentido, explicarles como respirar, acompañarlas, a veces algunas se desesperan mucho; hay situaciones en que a veces uno mismo no logra controlar a la paciente, se tiene tolerancia pero también viene la parte de uno cuestionarse en ese momento ¿cuál es mi papel aquí frente a ellas? ¿Qué es lo que me toca hacer? ¿cómo la debo manejar?; también tenemos de otro lado las limitaciones de infraestructura, las limitaciones institucionales o nuestro modelo de atención, nuestra sala no permite el ingreso de un acompañante, creo que eso en Colombia es como en todas partes, entonces eso exige más del personal y estar con ellos porque nosotros somos gente extraña para la paciente en ese momento, para la señora que va a parir, entonces exige que ella pueda encontrar en nosotros un soporte, que sienta que las personas que estamos ahí estamos acompañando el cuidado; por ejemplo ha sido muy confrontante para mí y es algo que yo digo nosotros hospitalizamos el parto, enfermamos a la materna, la convertimos en una paciente como si fuera una enfermedad y la tratamos así, entonces ella llega, la canalizamos, le tomamos exámenes, la ubicamos en una cama, la apartamos de su familia y nos limitamos en ese sentido

a

veces.

Cuando llega la materna la recibimos y le decimos “ya es el momento que has esperado todo este tiempo para tener tu bebé”; se ingresa al servicio para

canalizarla, se le toma muestras de exámenes y se le realiza monitoreo fetal, control de la actividad uterina, control del trabajo de parto, se le explica lo de la respiración, estar pendiente de las que pueden caminar y de las que no por alguna condición; cuando están en expulsivo, indicarles como es el pujo, hacer el traslado de la paciente a la sala de nacimientos, estar pendiente en el momento del parto, el parto aquí lo atiende el médico; en una época lo atendíamos nosotros las enfermeras; lo que hacemos nosotros es recibir al recién nacido, ayudamos a que la mamá tenga el primer contacto piel a piel, estamos pendientes de secarlo y hacer los cuidados inmediatos que tienen que ver con las medidas antropométricas.

En la experiencia que tengo te cuento, nosotros atendimos muchos partos de bajo riesgo y otros que no eran tan bajo riesgo; a mí me gustaba mucho, siento que disfrutaba todo ese proceso de la atención del parto a pesar de que a veces la forma cómo nos vamos en la dirección de que es un proceso fisiológico y para nosotros es hospitalario, ahí hay muchas cosas gratificantes, como recibir un bebé bien, con cariño, no es tomar al recién nacido y tirarlo, es que ese bebé sienta el calor de las manos que lo están recibiendo, unas manos que le están dando la bienvenida, eso es muy gratificante para mí y me siento con toda la capacidad para atender directamente un parto de bajo riesgo aunque actualmente la norma no lo permite. En el momento del trabajo de parto y parto nosotros estamos al lado de la madre, el médico recibe el bebé y lo empieza a secar, lo coloca sobre el pecho de la mamá y nosotros continuamos el secado dejándolo en contacto piel a piel hasta que ellos ligan el cordón y después de unos minutos aquí se cumple el tiempo reglamentario de dejar a la mamá todo el tiempo con su bebé, le tomamos las medidas antropométricas, el cordón se corta cuando deja de César, para la madre no se utiliza oxitocina ya que es un nivel 1 solo se la utiliza para dirigir el alumbramiento pero no para acelerar el parto, las amniotomías no se hacen de rutina generalmente si se puede se deja llegar las membranas íntegras hasta el último momento y sólo en algunos casos cuando por ejemplo una madre se está acercando a la línea alerta entonces ahí hace amniotomía, se hace prueba de parto, episiotomía tampoco se está haciendo de rutina, acá no rasuramos las pacientes, no les colocamos enema, en cuanto a la alimentación de las pacientes yo por ejemplo tengo la particularidad de que yo las dejo comer, yo les paso comida, entonces alguna vez me dicen “jefe es que se vomita” y yo les digo “no importa que ella se vomité, déjela comer, si ella quiere comer, si quiere tomar líquidos déjela”, algunas por los dolores no comen; recuerdo lo que yo he vivido por ejemplo en esa particularidad de quitarle la creencia a los demás de que la paciente no debe comer, yo nunca he entendido. Entonces cuando la mamá llega al parto le ayudamos con la respiración, le explicamos cómo debe pujar y sostener el pujo al momento de salir el bebé y al momento de nacer se lo entregamos a ella y si hay necesidad de coger puntos a la madre se hace después de vestir al recién nacido y vuelve a mostrar el bebé a ella y se le dice “así quedó tu bebé” y lo colocamos como en una incubadora; en la sala de parto tenemos incubadora y lo colocamos para que la mamá lo vea, le contamos que le hemos hecho y después de eso le avisamos al familiar; el familiar no entra por la distribución que tiene la sala, el familiar no entra en trabajo de parto ni en el parto, después de que la mamá tiene el bebé y ya está organizada la sacamos para que ella y el bebé sean vistos por el familiar para que pasen un rato y le ayude a colocarle el seno.

Para que una mujer tenga una experiencia más positiva de su parto; pienso que ella antes del parto conozca la sala dónde va a tener al bebé. Cuando estaba en el Vallado hacía el control prenatal, nosotros hacíamos el curso de preparación para el parto y una de las actividades era que las gestantes en su última cita las hacíamos conocer la sala de parto, se les mostraba cómo estaban las camas, se les explicaba el procedimiento para que ellas supieran que el familiar no iba a estar adentro pero que podía estar pendiente y preguntando por ella; las llevaba hasta la sala de nacimientos, les parecía terrible el burro pero a pesar de que esa es la forma en que aquí se hace, es una forma de prepararlas para el parto, otra estrategia es la forma de recibirlas, de explicarles siempre lo que se les va a hacer, lo que les va a pasar, a veces es muy simpático ver a la mujer que viene con su ropa combinada; yo le digo "mira te ves linda", la maleta rosada, las sandalias rosadas, hacen asado, baby shower, trae todo perfecto pero no sabe nada del parto, entonces hay que explicarles como tienen que respirar.

Hay experiencias que ayudan por ejemplo, hacerle ejercicios a la madre, masaje, pero en realidad no se hace, yo no lo hago mi limitante o lo que yo creo que limita es el volumen de pacientes que tenemos que manejar porque no solamente tenemos la que va a parir, esta no es una sala exclusiva de parto; continuando con las estrategias es importante que el familiar la acompañe, que la mujer pueda decidir en qué posición desea tener su bebé; hemos tenido indígenas se tiran al piso, incluso hemos tenido que ponerle la sabana ahí para que tenga su hijo porque eso hace parte de su cultura, lo que pasa es que no es la nuestra. Una experiencia personal que tuve fue con unas compañeras que tuvieron el parto en la casa, entonces alguna de ellas preguntaba si yo estaba de acuerdo con el parto en casa, le dije "si es una experiencia maravillosa", primero que todo están en su ambiente, está el esposo, la música; realmente es un parto hermoso; ellos me pidieron que los acompañara, a mí por ejemplo el parto en casa me parece una maravilla, si me pregunta si yo estaría de acuerdo, diría que el parto podría ser atendido en la casa, un parto de bajo riesgo; mujeres me han preguntado ¿usted qué opina de tener el parto en la casa? tengo esto, me hablan como de las condiciones y yo les he dicho "en esas condiciones, si tu embarazo es de bajo riesgo yo te aconsejaría que lo tengas en la casa porque en el hospital vas a estar sola en el sentido de que no vas a ver a tu familia". Una vez vino una chica embarazada de Holanda cuando yo estaba en Vallado y entonces entró y me dijo que tenía la posibilidad en Holanda de tener su parto en casa, como que le trasladaban la institución a la casa y con la ayuda de una partera y que tenían varias opciones para la atención de su parto y me dice "pero a mí me da susto tenerlo en la casa", entonces yo le dije "yo lo haría en la casa, genial" y ella no podía creer que alguien de salud le dijera si téngalo ahí en la casa mejor; esa ha sido la única vez que alguien me pregunta cuáles son las condiciones favorables para tener el parto en casa y hay quien esté supervise ese trabajo de parto; yo soy partidaria de eso.

Entiendo que nuestras normas políticas debemos siempre protegerlas y cuidarlas, ahora se está promoviendo el parto humanizado, que la mujer pueda estar acompañada con una persona, evitar colocarle oxitocina, hacer episiotomía de rutina, realizarla solamente a quien la requiera, hacer el minuto de oro en los hospitales, luego el alumbramiento conjunto, incluso hemos recibido capacitaciones en ese sentido pero una cosa es cuando uno está

recibiéndola con capacitación de alguna manera pero al mismo tiempo uno entra en conflicto porque no se cumple, de todas maneras me parece bien porque es la forma de empezar a hacerlo con la normatividad y posteriormente en la institución. Cómo que yo conozca el nombre de alguna política en Colombia, algo que se llama por ejemplo la lactancia materna; en este momento salió lo de las RIAS y RIAP y estamos recibiendo capacitación.

Parto humanizado por un lado, lo que yo interpreto es el hecho de mirar el parto no como un proceso de salud enfermedad sino como un proceso fisiológico donde realmente la madre pueda vivir la experiencia de traer ese hijo al mundo en condiciones de alegría y felicidad que pueda representar para ella, es respetar su ambiente, que ella se sienta acompañada, que reciba por decirlo así la mínima agresión por parte del personal que la está atendiendo, que ella no sienta que es como una enfermedad sino que realmente es algo de su vida que ella está viviendo en ese momento, que reciba lo menos posible intervenciones de rutina, porque todo lo que nosotros hacemos es como violentarla; por ejemplo hoy tuvimos la situación de una mujer que tuvo el parto en su casa, es una niña de 17 años, vino hoy, hizo todo su control, entonces le preguntó ¿María cuéntame cómo fue el parto? Y ella me dice “yo estaba dormida y sentí que el bebé se me iba a salir” y le digo yo ¿y la partera estaba ahí en su casa al lado suyo?, dice “es que ella vive aquí cerca de mi casa”, a mí me dio mucha risa porque era una coincidencia que ella siente que el niño se le va a salir y la partera está ahí, la mamá, la cuñada y su hermana recibieron al niño; entonces no la canalizaron; la partera vino y más o menos me describió como atendió el parto y me dice que el niño no lloró ahí mismo; para ellos fue una experiencia tranquila, tan tranquila que ella me dice que no sintió nada, tampoco pienso que haya sido así pero sí es una forma de expresar que estuvo tranquila con su familia. Qué pasa cuando llega acá, la chuzamos, le tomamos muestras a ver si estaba infectada y al niño el amarrado que traía se lo cambiamos por tecnología, se le tomaron muestras al bebé y plan para saber si estaba infectado; entonces pienso si ella se quedaba en su casa nada de esas cosas hubiesen pasado cómo pasa naturalmente, no es que sea mala la tecnología es que a veces somos extremistas y las monitorias por ejemplo a todas las pacientes se les hace monitorias fetales pero muchos estudios han mostrado que las monitorias fetales aumentan la incidencia de cesáreas por sospechar alteraciones vitales que finalmente no estaban, era la interpretación de una prueba, a veces demasiada tecnología puede llevarnos a sacar a la paciente de su proceso natural del parto.

Para mí personalmente lo que me facilita atender una paciente en parto, primero es que conozco que es el proceso del parto por mi propia experiencia de ser madre además de ser enfermera, entonces sé cómo la combinación de lo que sucede naturalmente y técnicamente la explicación, entonces en algún momento tengo la capacidad de contarle a esa mujer lo que está pasando, que tienen que hacer y ganar la parte de la confianza de ella en ese proceso de guiarla, me facilita por ejemplo la experiencia de haber estado en control prenatal un tiempo, de haber hecho el curso psicoprofiláctico, de saber cómo hacer el seguimiento, de saber cómo es nuestra población, porque para llevarlas al curso hubo que crear estrategias como darles la ensalada de frutas, llevamos una señora que les enseñó a hacer una almohada para el bebé, invitamos a los que regalaban pañales, entonces era una manera de atraer a la gente cuando el objetivo era fortalecer sus conocimientos para su parto, siento

que me facilita estar, haber estado en el control del parto, estar en el parto, en el proceso de esfuerzo.

A veces encuentro mujeres que me dicen “usted atendió mi parto” mi niña ya tiene tanto, una mujer me preguntó ¿usted cuántos años lleva aquí?, le dije “bastantes años” ¿Por qué? “porque usted fue la que me acompañó en mi trabajo de parto, usted estaba pendiente de mí”, entonces esa retroalimentación que las pacientes le dan a uno es gratificante.

Me limita el hecho de que algunas mujeres definitivamente no tienen ni idea de que se les viene en el sentido de que realmente no es un hijo lo que ellas esperaban, cayeron en la situación de maternidad, esa es otra cosa que me confronta a veces, la mujer que llega sin controles, sin ropa para el bebé o con ropa sucia, uno no va a traer a un bebe en esas condiciones, eso para mí es el tipo de cosas yo digo a veces en ese momento en esos casos deberían penalizar el embarazo suena como feo, cómo una persona que trabaja en partos toda la vida pueda decir que penalicen el embarazo pero qué tipo de mujer espera eso para su bebé; entonces yo creo que esa es la parte más difícil, nosotras tenemos ropa que a veces nos regala una fundación, ropa de mujeres que han tenido bebés, las familiares la traen y la traen más limpia y en mejores condiciones que muchas de las que a veces traen aquí; la mujeres que vienen solas y uno no tiene a quien informar, es triste, esas limitaciones en el sentido personal, ahora con relación al sistema de salud me facilita algo que no teníamos antes y es que anteriormente la gente tenía que pagar el parto, traer algunos insumos para la atención del parto, a veces se les pedía la vitamina k para el bebé, sonda para enema, la cuchilla para rasurar, cuando eso dejó de hacer una maravilla y cuando vino el régimen subsidiado aún más porque la gente no tiene que pagar, tiene los controles gratis, no tienen excusa, antes la gente decía “ no tengo plata para la cita” no tengo plata para la ecografía, para los exámenes, para los medicamentos, para el sulfato ferroso”; entonces el régimen subsidiado es una maravilla para eso por qué les dan todo, hay que hacer algunas vueltas en las EPS y a veces son una lidia pero en general en nuestra institución jamás faltan insumos, la institución es bonita físicamente; antes por ejemplo a las pacientes tenían que traerles la alimentación la institución ahora se las da, eso nos facilita la atención, hay trabajo social. Pienso que limita la misma infraestructura, por ejemplo las salas están hechas para que los familiares no entren y eso limita, yo sé que uno requiere preparación para atender un familiar en trabajo de parto acompañando a la paciente que se está atendiendo y el familiar se desespera porque todo el mundo asocia el dolor a daño, entonces que la gente entienda que ese no es un dolor porque ella está enferma sino que es un proceso natural pero de todas maneras es mejor el familiar presente, eso le facilitaría aún más el trabajo.

Como sugerencias para mejorar la atención a la mujer en trabajo de parto y parto tiene que ver con el personal de salud, las enfermeras, la parte administrativa, que el diseño de las áreas pueda permitir la participación de la familia, que el personal de salud realmente sea entrenado para entender el parto que es un proceso natural y sea visto de esa forma y no como enfermedad y que las personas que trabajan aquí les guste esta área, gente que no le gustan las embarazadas no van a dar lo mejor de sí para la atención de estas mujeres, tener como esa posibilidad de la mente abierta; alguna vez soñé en lo bueno sería tener un hospital de partos en donde por ejemplo, esté sin ser discriminatorios el área del negro, el área del mestizo, el ambiente, que

si a los negros les gusta irse como a las 8 tomándose su trago, saltando, las mujeres estén con la parturienta que eso se pudiera dar en un hospital de partos, así fue como alguna vez me imaginé que podría dar en una institución dando entrenamiento para eso; pienso que de alguna manera eso está empezando a ser de que las mujeres puedan tener el parto en mejores condiciones con el personal entrenado y con la preparación.

Particularmente me parece que es excelente el tema de investigación, conocer la percepción de las enfermeras, a mí me encanta atender partos, a veces cuando hay partos simultáneos el médico atiende uno y si no hay más médicos nosotras podemos hacerlo; yo me siento muy complacida, siento que es más tranquilo y que hay mucha confianza, a veces siento que soy la que está atendiendo el parto. Sé que ahora hay una posibilidad de que las enfermeras vuelvan atender partos de bajo riesgo y me parece que eso para las mujeres es bueno para las futuras mamás.

4.1.3.11 Enfermeira 11

Uma das informantes me passou o contato da E11 após ter se comunicado com ela e ter aceitado ser colaboradora do estudo, além de ser previamente explicado o projeto, objetivo e a entrevista.

Tentei me comunicar com ela via WhatsApp e chamadas, mas no começo não deu certo tendo em conta que é aposentada; após vários intentos nos comunicamos por via telefônica, me apresentei e expliquei novamente o que eu estava realizando, ela aceitou nos encontrarmos para realizar a entrevista no dia 22 de abril na sua casa.

Aquele dia nos apresentamos e nos dirigimos para a sala de sua casa, ela foi amável, receptiva e comunicativa. Falamos um pouco do meu mestrado e do projeto que eu estava desenvolvendo além de me perguntar os motivos que tive para ter escolhido Cali para a realização da pesquisa.

Entreguei os documentos legais, que foram assinados e posteriormente começamos a entrevista; nós construímos uma conversa e na medida que ia surgindo fomos dialogando e expondo pontos de vista sobre o tema.

O lugar da entrevista foi tranquilo, não se apresentaram interrupções, se manteve uma conversa fluente e na medida que ia avançando fui percebendo que suas falas estavam orientadas em uma linha do tempo no seu agir como enfermeira, trabalhadora da Secretaria de Saúde e docente da

Universidade do Valle, mostrando a riqueza da história e evolução da enfermeira em Cali na área obstétrica.

Enfermeira 11 “El cuidado dado por el profesional de enfermería ha sido un cuidado integral porque además de mirar la parte biológica de la mujer miramos toda su parte psicosocial”

A narrativa : *Mi experiencia de cuidado en el área materno infantil inicia a partir de 1975 cuando me vinculé a la Secretaría de Salud Municipal de Cali y me nombraron para trabajar en el centro de salud del Hospital Luis H Garcés en el área periférica del municipio la cual tenía sala de partos, entonces empecé ahí mi trabajo como jefe de servicio y dado que en la formación de pregrado el semestre de rotación por el área obstétrica no era suficiente para el cargo que iba a desempeñar regresé a la Universidad del valle y realicé el curso de Cuidado materno infantil con énfasis en la atención del parto; a partir de ese momento mi trabajo fue básicamente cuidado directo a la mujer en el proceso de gestación, parto y posparto hasta 1980 cuando fui trasladada a la Secretaría de Salud Municipal para coordinar el programa materno infantil de Cali, empecé el proceso de implementación de políticas nacionales para el municipio y el proceso de normalización del cuidado en la gestación, el parto y el posparto y con el recién nacido etapa de desempeño, empezamos la delegación de atención del parto por enfermeros profesionales porque en Cali se venía trabajando mucho con auxiliares de enfermería que habían sido entrenadas para la atención del parto, entonces en un convenio con la Universidad del Valle enviamos profesionales de enfermería de la secretaría de salud para que hicieran la especialización materno perinatal y regresaran a los servicios a realizar esa atención en el nivel 1 de Cuidado básico para la gestante, eso permitió la profesionalización de la atención del parto para el municipio de Cali y hasta ahora son los enfermeros los que están haciendo la coordinación de este servicio el cuidado. Con la Ley 100 se quita la atención del parto por el profesional de enfermería y queda bajo responsabilidad del médico, pero ya otra vez se volvió a asignar esta responsabilidad al profesional de enfermería por qué no fue posible con médicos lograr la cobertura de atención y sé que en este momento otra vez ya la norma incluye la atención por el profesional de enfermería.*

Cali primero estuvo dividida geográficamente en regiones, luego en áreas integradas, luego en sistemas locales de salud y con la Ley 100 aparecen las empresas sociales del estado, entonces se divide la ciudad para la prestación de salud en ESE, siempre en cada una de las ESE se ha tenido un hospital básico con las cuatro especialidades cirugía, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia, a nivel hospitalario siempre hemos tenido una sala de partos para la atención de bajo riesgo, esto se viene trabajando desde la década del 60; Cali ha sido pionero porque en esta época el Hospital Universitario del Valle concentraba la atención del parto para el Municipio y el Seguro Social atendía los partos de sus afiliados, entonces eran dos instituciones de nivel 3 en la atención de partos sin que existiera un sistema de regionalización del riesgo; el hospital estaba tan concentrado que fue necesario iniciar un proceso de desconcentración de todos estos servicios y se abrieron en Cali seis salas de

parto periféricas en esa época para hacer la atención del parto, se entrenaron auxiliares de enfermería supervisadas por un profesional de enfermería pero ellas eran las que hacían los turnos, la atención y sólo en el 80 empezamos a hacer el cambio para profesionalizar el cuidado y empezaron enfermeros profesionales con especialización en el área a realizar esta atención.

Pienso que actualmente hay una mayor participación del profesional de enfermería y lo más importante es que recuperamos nuestro rol, cuando tú revisas el sistema de salud antes de la ley 100 el profesional de enfermería no aparece; una de las estrategias es la atención primaria y dentro de atención primaria para llegar a más población el Ministerio establece la delegación de funciones del médico al auxiliar promotor de salud y no aparece el profesional de enfermería, entonces para hacer ampliación de coberturas era una de las estrategias pero para llegar a más población se requería delegar muchas de las funciones que tenían ciertos profesionales y en ese momento no sé qué nos pasó que permitimos que cayera en el salto del médico a la enfermera auxiliar y nos desconocieron dentro de ese rol de cuidadoras y fue una lucha recuperar ese rol, entonces si tú veías los programas de salud pública encontrabas que la atención de la gestante la hacía el médico por primera vez y luego pasaba al auxiliar para que siguiera haciendo los controles hasta la semana 36 en la cual volvía al médico para que el definiera riesgos y remitiera al parto. En el programa de crecimiento y desarrollo el médico hacía el primer control del niño, al mes lo remitía al auxiliar para que siguiera haciendo los controles; ahora todavía se hace así, no hemos logrado recuperar el rol de profesionales en el cuidado del niño; en el programa de tuberculosis igual, el médico valoraba el paciente y lo diagnosticaba, le ordenaba el tratamiento y la auxiliar los controles y el programa de hipertensión, programa de enfermedad diarreica, toda la delegación se dio del médico a la auxiliar y del auxiliar a la promotora para trabajar en comunidad y las enfermeras como que nos hicimos a un lado, vimos esto y nos dedicamos más a cuestiones administrativas entre comillas que yo decía “esto no es tan administrativo porque la administración es muy compleja, esto es más manejo de suministros o haciendo turnos, vigilando y supervisando el cuidado de otros y pasaron muchos años así cuando nosotros empezamos a trabajar la profesionalización del cuidado materno, ese fue uno de los primeros pasos que se dieron en el sistema de salud para modificar esa delegación que se había establecido, fue primero en materno, entonces logramos que en este momento de acuerdo con la ley sólo el profesional ve la gestante, el médico hace el control de primera vez de la gestante de bajo riesgo, luego pasa a la enfermera profesional quién continúa el cuidado hasta la semana 36 y se remite al médico para que la ubique para atención del parto; ahí es en materno donde hemos logrado recuperar ese rol, igual en las salas de parto que venían siendo manejadas por auxiliares de enfermería, ya todas las salas de parto tiene sólo enfermeros y enfermeras profesionales al cuidado y cuando la ley se normatiza a través de la resolución 412, todo lo que es el cuidado quita otra vez la responsabilidad de la atención del parto al personal de enfermería, deja solo con el médico pero ya se dieron cuenta que se necesita el profesional de enfermería para poder dar la cobertura y porque garantizamos un cuidado integral en ese proceso y ahora autorizan otra vez al profesional de enfermería la atención del parto.

Para que el profesional de enfermería pueda atender directamente el parto, no sólo debe tener el título de pregrado, tiene que hacer su especialización en el

área que antiguamente en la Universidad del Valle se llamaba materno perinatal.

No existe aún una resolución que mencione las actividades del profesional de enfermería especializado en el área materno infantil no que yo conozca, la ley 10 del 91 es muy clara cuando define los niveles de atención y dice en cada nivel con qué recursos se va a trabajar, qué profesionales y ya empieza a hablar de los niveles 1, 2 y 3; para el nivel uno dice que son generalistas que son médicos generales al servicio social obligatorio, enfermeras generales, auxiliares de enfermería y que tiene una tecnología simple para atender condiciones de bajo riesgo, ahí dice también que el nivel 1 es responsabilidad de atención del municipio y el énfasis es la salud básica de la población y habla del nivel 2 donde ya se requieren especialistas y el nivel 3 especialistas sub-especializados, entonces tú en un nivel 2 por ejemplo, hospital Mario Correa en Cali o San Juan de Dios, trabajas con cirujanos, con ginecobstetras, con enfermeras especialistas en el área de medicina interna o en el área de cirugía pero en un nivel 3 tú necesitas especialistas con subespecializaciones, por ejemplo, necesitas un pediatra que además sea neonatólogo porque vas a tener unidades de cuidado neonatal, necesitas un ginecobstetra que además tenga el área de endocrinología porque vas a mandar allá a las pacientes con diabetes gestacional, trastornos tiroideos, necesitas un urólogo internista que tenga el énfasis en la parte renal; entonces además de ser especialistas siendo que a ese nivel van a llegar los problemas más complicados se requiere que haya una mayor colaboración de los profesionales, entonces ahí aparecen las subespecialidades y eso es muy claro en la ley 10 donde establece los niveles de atención, quién se ubica en cada nivel, con qué formación y con qué recursos; entonces ya las tecnologías son de punta tú, en un nivel 1 es atender el neonato de bajo riesgo nacido sano, entonces en la sala de partos se necesita de pronto un aspirador, una micro cámara para oxígeno para quien lo requiera, una incubadora, pero en el nivel 3 tienes que tener la unidad de cuidado intensivo neonatal con todo el personal preparado y con toda la tecnología para recuperar ese bebé que tiene mucho riesgo. No conozco en específico del profesional de enfermería, pero si dentro del perfil del especialista está muy claro cuáles son sus funciones, que es lo que va a hacer. Mi experiencia primero fue en el nivel 1, mi formación yo digo que hice en enfermería kínder, primaria, bachillerato y universidad porque yo empecé como enfermera recién egresada en un centro de salud estrato 1 y 2 con una población de muchas necesidades de salud en una época en la cual los indicadores de salud eran terribles, teníamos una alta mortalidad materna e infantil con problemas tan graves como los de enfermedad diarreica, enfermedades inmunoprevenibles porque en esa época estábamos empezando los verdaderos programas de salud pública, entonces me tocó trabajar en comunidades muy vulnerables, hacer mucho trabajo de terreno con una sala de partos periférica donde actuábamos solas porque no teníamos ayuda del médico, donde teníamos que resolver las situaciones que llegaran, entonces llegaba la paciente convulsionando y mientras se llamaba la ambulancia se remitía, había que intervenir, había que actuar para uno poner el sulfato de magnesio ,había que manejar muy bien los medicamentos, parar la convulsión, conseguir que la ambulancia llegara rápido y trasladarla a un nivel 3 porque llegaba en expulsivo y en podálica y ¿qué ibas a remitir? ahí llegó la paciente porque el primer eslabón que encuentran ellos es el hospital entonces una

complicación corren para el hospital y ahí tienes que evaluar y definir, esto lo puedo dejar o se remite pero habían cosas que no se podían remitir, por ejemplo en expulsivo hay que atenderlo así venga con una condición que no es de manejo de ese nivel y nos llegaban situaciones siempre delicadas, entonces había que resolver mientras se hacía la remisión. Luego pasé al programa y ya mi experiencia estaba más en acompañamiento a los servicios para que las cosas se hicieran de acuerdo a la norma y todo el proceso de capacitación tanto del médico como de enfermería para que las cosas se hicieran bien, entonces todo el resto del tiempo esa fue mi experiencia en la parte de cuidado directo a través de la universidad porque yo tenía una responsabilidad con el programa pero era docente de la Universidad del Valle, entonces yo continuaba en los centros de salud en atención prenatal hasta que me retiré, siempre fui enfermera dando cuidado directo.

Mi experiencia como docente fue teórico -práctica, entonces teníamos una asignación cada semestre, a través de esa asignación uno tenía que desarrollar las clases y luego hacer la práctica, nos asignaban generalmente un grupo de 6 estudiantes, hacíamos la rotación en el nivel 1 donde hacíamos el cuidado prenatal, la atención post parto y volvíamos al centro de salud, se les hacía su valoración post parto y hacíamos el inicio de los métodos anticonceptivos; nosotros por norma a los 30 días postparto citábamos a la mujer y la iniciábamos el método anticonceptivo, dentro de esta práctica también hacíamos el manejo de la anemia gestacional, el tratamiento de las infecciones vaginales y toda la parte de educación nutricional y las otras morbilidades el médico, por ejemplo una infección urinaria para su tratamiento, es decir hacemos lo que establece la norma, en la resolución está muy claro lo que tiene que hacer el profesional de enfermería y lo hacíamos a nivel del centro de salud, ya cuando terminábamos esa rotación pasamos a la sala de partos y hacíamos la atención del parto.

En el cuidado los estudiantes reciben su base teórica bien fuerte en la Univalle, el semestre son 16 semanas, 6 semanas de teoría y después se van a hacer práctica; cuando nosotros empezamos la rotación a nivel del centro de salud hospitalario, sala de partos, mientras estaba evaluando el contenido teórico en el cuidado, entonces era eso lo que se le exigía al estudiante, recibía unas bases teóricas porque tiene que medir la altura uterina a ver explíqueme, qué espera encontrar ahí, señales de riesgo, toda la parte del énfasis antes de pregrado y estamos en un nivel 1 donde vamos a recibir mujeres sanas de bajo riesgo, enfatizábamos en la parte fisiológica, cambios anatomo-funcionales de la gestación, entonces si usted me está haciendo una valoración del corazón de la gestante qué es lo que está escuchando y porque lo va encontrar, qué cambios ocurren por la gestación, entonces así era siempre la aplicación de ese contenido teórico en el cuidado, siempre será encaminado al bajo riesgo o también obstétrico, es decir el estudiante tiene que saber muy bien lo normal para que el día que se presente algo diferente identifique, entonces nosotros manejábamos mucho esa parte lógica de los cambios para que ella pueda diferenciar de lo normal, estoy identificando algo diferente, le vamos hacer otras cosas para dar un diagnóstico oportuno y remitir, pero eso básicamente es en un pregrado, no que ya salgan muy fuertes en fisiología, la que quiere profundizar la patología realiza la especialización donde se ven las patologías más prevalentes porque cuando la estudiante de pregrado salía por ejemplo de control prenatal iba para la atención del parto y iba a atender el parto de una

mujer con preeclampsia severa, ella te ve la preeclampsia y te tiene que identificar los factores de riesgo y te tiene que decir cómo intervenirlos pero ella lo que tiene que tener claro son factores de riesgo para remitir oportunamente, ya si ella quiere manejar esa área de patología, ir a la especialización se va a ubicar en un nivel 3 para manejar cuidado crítico.

Por ejemplo, cuando yo estuve en la Universidad del Valle los temas de patologías eran diabetes gestacional, infección urinaria, preeclampsia, parto con apuro, isoinmunización, pero cuando ellas llegan al nivel 1 no ven a la paciente con isoinmunización, ni a la paciente con diabetes gestacional, es una complicación que se puede dar en el embarazo y ella tiene que tener muy claro cuáles son los factores de riesgo para una diabetes gestacional, cuáles son los métodos de detección y diagnóstico y cuáles son los tratamientos que se recomiendan pero no manejan diabética gestacional ni pre ecláptica eso ya es del área del ginecobstetra; un día me llamó el Doctor Carlos Villalobos ginecobstetra que estaba en el centro de salud donde rotábamos y un día le pasamos una paciente, tú sabes que cuando uno hace la valoración la hace completa y entonces uno hace sus diagnósticos de acuerdo al riesgo de trastorno hipertensivo relacionado con antecedente familiar de hipertensión, riesgo de diabetes gestacional relacionado con obesidad, nosotros hacíamos todo eso y le pasamos al médico y él lee eso y se ríe y dice “ustedes hacen muy bien ese control prenatal, yo preferiría que fueran ustedes las que me vieran las gestantes y me las pasaron luego a mí que los médicos que tengo aquí, él estaba sorprendido de ver el enfoque de riesgo que manejamos y yo a mis estudiantes les insistía mucho en que las enfermeras debíamos desarrollar olfato para el riesgo, siempre les decía eso, hay que verlo, a usted le entra la señora caminando de determinada manera, piense que algo está pasando, usted huele a una infección, eso me huele a una infección de transmisión sexual, desarrolle el olfato para el riesgo, si usted tiene eso claro no se iba a equivocar, iba a ubicar a la paciente en el nivel que le correspondía para que reciba la mejor atención y sobre todo es importante explicarle sus riesgos, la señora al salir de la consulta debe saber cuáles son los riesgos que le identificamos, qué complicaciones se derivan de esos riesgos y cuál es la forma de intervenirlos, eso es un buen control prenatal; entonces señora usted tiene un problema de obesidad porque la metimos en la gráfica y nos dio aquí eso, esto quiere decir que usted corre el riesgo de tener a un niño con un peso muy alto o que usted se complica con una diabetes gestacional, entonces le vamos a ordenar esos exámenes para mirar cómo se encuentra en este momento y usted tiene que ir donde un nutricionista, la vamos a remitir para que le haga una dieta que le permita ganar el peso adecuado con el cual inició su embarazo sin que se vaya a complicar. Eso requiere tiempo, nosotros no podemos hacer controles prenatales de primera vez en 15 minutos cómo lo dice la norma porque hay mucho que explorar y ahora que hay que llenar una cantidad de registros y todas esas cosas que exigen los servicios no es tan fácil.

Yo pienso siempre que el cuidado dado por el profesional de enfermería ha sido un cuidado integral porque nosotros además de mirar la parte biológica de la mujer miramos toda su parte psicosocial, personalmente yo enfatizó mucho de dónde viene la gestante, cómo es su medio familiar porque eso también me determina riesgos, entonces siempre en las historias que hemos elaborado hacemos un perfil de la paciente para mirar su edad, relación con su

compañero, test de violencia intrafamiliar o por parte del compañero hemos identificado embarazadas con antecedentes de violación que en ninguna parte de las historias clínicas aparece registrada porque nunca se le preguntó eso, si el resultado de la gestación fue planeado o fue accidental, si tiene apoyo del compañero; la mayoría de gestantes que atendíamos, especialmente las jóvenes estaban asumiendo solas su gestación si acaso el apoyo de un familiar, entonces aparte siempre partimos de lo personal, le daba mucha importancia a la parte psicosocial porque el daño ya se ha profundizado mucho y todas las normas y la formación se centra mucho en el daño, entonces esa parte la enfatizaba y la enseñaba; yo tenía una clase que era el riesgo materno perinatal, no sé si la siguen dando yo les daba esa clase, les enseñaba cada uno de los riesgos, empezaba con la edad, con la escolaridad, familiares antecedentes personales con todo cómo lo dice la historia perinatal y les daba un seminario de violencia, enfatizaba mucho esa parte de prevención de violencia, entonces cada que abordábamos una gestante teníamos en cuenta esos antecedentes porque eso está relacionado con muchas complicaciones, ¿usted en qué trabaja? ¿Cuántas horas trabaja? ¿a qué horas usted está en su casa? ¿A qué hora se levanta? ¿A qué hora se acuesta?, esa parte la enfatizaba mucho.

Por ejemplo, yo logré introducir el tema de menopausia porque nadie lo tenía, ninguno de los syllabus lo consideraba y yo empecé a luchar y no querían, yo dije “es que la mujer es importante como reproductora, pero también como post reproductora”, entonces a las estudiantes hay que enseñarles que el cuidado comienza desde que la mujer menstrúa hasta que deja de menstruar. Una investigación con Luz Ángela Argote de cuidado de las mujeres en la menopausia, estudio cualitativo en mujeres afrodescendientes fue bien interesante y a partir del estudio empezamos a meter elementos socioculturales al tema de menopausia y resulta que cuando uno está en el servicio uno solamente no ve embarazadas, los servicios sobredimensionan el valor de la embarazada y dónde está el valor de las otras mujeres, entonces queríamos que se considerará la mujer post reproductora tan importante como la que estaba en su proceso reproductivo, entonces yo sé que ya lo sacaron, no lo están dando pero yo moleste mucho con lo de menopausia porque yo decía “porque es que a las mujeres mayores nos desconocen en el servicio de salud, ya no somos importantes” “somos importantes cuando nos podemos reproducir y ya nos ignoran nuestras necesidades” y entonces vienen todas las patologías, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis, el problema mental, la depresión, todo eso derivado de una falta de cuidado porque sólo nos reciben cuando estamos hipertensas, entonces que vaya para el programa de hipertensión, para el programa de diabetes o vaya para el programa de cáncer pero no nos hacen la promoción de la salud, eso lo introduje en el syllabus, yo lo daba y lo exigíamos no sólo la etapa de gestantes. Es que la mujer no es únicamente la gestante, se requiere cada una de las etapas del ciclo vital femenino, yo les decía a las estudiantes ustedes tienen mamá, tienen abuelas cuidenlas, van a llegar a esa etapa de la vida, entonces tiene que saber desde ahora que intervenciones deben hacer para llegar sanas a esa etapa. En cuanto a las estrategias de cuidado para que la mujer tenga una experiencia de parto más positiva pienso que la educación para la maternidad es básica, es lo que permite que ellos lleguen a esa etapa, lo hagan seguras y tranquilas y la otra es el acompañamiento que ellas en el momento del parto tengan pero no

lo tienen, ahora si nosotros como profesionales o las auxiliares por las condiciones del servicio no podemos hacer ese acompañamiento no deberíamos poner tantas barreras para que haya acompañamiento en ese momento y esa fue otra de las cosas que trabaje en la secretaría la humanización y lograr que los servicios se adecúen para que el familiar el que ella escogiera estuviera durante el trabajo de parto haciendo el acompañamiento y la ayudara bajo un entrenamiento previo.

Amanda desarrolló eso muy bien en la sala de parto en el Hospital Primitivo Iglesias, ella adecuó la sala, la transformó y el esposo se entrenaba y estaba ahí durante todo el proceso; me di cuenta que las que más ponemos barreras somos las enfermeras, nosotras somos psicorrígidas, nos ensucian el servicio, se nos pierde la cobija, que la otra señora está sin ropa interior, que la privacidad y buscamos todas las barreras para que no entre el acompañante y ayude. Hicimos un trabajo de investigación con las estudiantes en la sala de partos del Hospital Carlos Holmes Trujillo, allá sólo atienden enfermeros profesionales especializados, cuando abrieron el hospital exigí que lo abriera solo con profesionales esa fue una exigencia que se hizo en el programa, entonces se llevaron los enfermeros a las universidades, hicieron el entrenamiento y se abrió la sala sólo con profesionales, teníamos la cobertura de 24 horas sólo por profesionales de enfermería y teníamos rurales rotando pero los responsables de la sala eran los enfermeros y ha funcionado muy bien, es que querían abrir la sala con auxiliares de enfermería y yo me opuse, yo dije no se abre con auxiliares, necesitamos profesionales y la secretaría tuvo que hacer el esfuerzo de abrir los cargos, formar los profesionales para abrir la sala.

Humanización para mí hace referencia a una serie de actividades que garantizan que se ofrezca el cuidado sin que haya intervención, por ejemplo nosotros trabajamos mucho lo de la conferencia de fortaleza Brasil que fue asumido por la OMS, entonces en nuestras salas quitamos aspiración de rutina del recién nacido; de hecho cuando hicimos la norma eliminamos el rasurado de rutina, la episiotomía de rutina, la parte más difícil fue lo del acompañamiento que siempre estuvieran acompañadas porque la realidad es que la mujer está mucho tiempo sola en su proceso de trabajo de parto porque los funcionarios que hay no alcanzan para atenderlas a todas y quedarse ahí. Cuando uno rota con estudiantes y le asigna un estudiante a una gestante en el proceso de parto uno se da cuenta que tiene la mujer cuando está esa persona orientándola todo el tiempo, apoyándola, dándole las indicaciones porque después de la contracción hay periodos de amnesia y ella olvida todo lo que tú le has dicho, entonces tú tienes que recordarle “respire, la mejor posición es esta” y darle las indicaciones para que ella pueda hacer su control de la contracción y no se estrese porque va a sentir mucho más dolor, entonces nosotros trabajamos mucho esas recomendaciones, todas al pie de la letra, el enema lo eliminamos, la rasurada, en solo ciertos casos la episiotomía.

En alguna oportunidad vino un canadiense que venía trabajando lo de la no episiotomía, hacia el masaje del perineo y lo preparaban con aceite y a partir de eso empezamos a trabajar el masaje perineal pero a mí me dio risa cuando yo asistí a la conferencia y él nos hizo la recomendación; cuando yo estaba en la sala de partos del centro de salud yo trabajaba con parteras, en esa época había muchas parteras que hacían el parto en casa, yo trabajaba con ellas, las supervisaba y las entrenaba, una vez yo le pregunté a una partera ¿qué es lo

que ustedes hacen para que una mujer no se desgarre? entonces una de ellas me enseñó que hacían el masaje perineal con cebo, yo lo había aprendido en esa época porque me llamaba la atención que las pacientes que yo evaluaba, que habían tenido su parto en casa sin episiotomía nunca se habían desgarrado y yo veía muchos más desgarros en el servicio y esa parte me la enseñó una partera, entonces cuando vino el médico de Canadá y habló de ese masaje yo dije no pues llegó tarde porque me lo enseñó una partera y él habló del aceite, pues a mí no me van a creer, a él si porque viene de Canadá pero a mí me lo enseñó una partera, entonces hay cosas del cuidado tradicional que son muy importantes.

Por ejemplo de mi experiencia en la sala de partos yo recuerdo que llegaban las señoras y entraban a la sala para su valoración y yo sentía el olor a brevo, el brevo es una planta que tiene un olor especial, entonces cuando entraban y yo les olía el brevo yo les decía ¿qué hicieron? entonces decían “es que mi abuela me dio agua de brevo, me mandó a hacerme baños con agua de brevo para que saliera rápido el bebé”, a mí me llamaba mucho la atención y yo empecé a establecer la relación entre las señoras que utilizaban el agua de brevo y los niños que hacían meconio en útero, entonces yo empecé a trabajar no tomar agua de brevo, por favor porque le hace daño, el niño si sale muy rápido pero hace daño; tiempo después la Universidad del Valle hizo el estudio del brevo y encontró que es un oxitócico tremendo; por eso ellas trabajan rápido pero causa sufrimiento fetal, eso está publicado en Colombia médica como en el 79 en la revista de la Universidad del Valle, la Universidad hizo el estudio y encontró que eso se comportaba como oxitocina, quién les había enseñado eso las parteras, “sabiduría popular”, ellas sabían que si les daban esa agua salían rápido pero no conocían los resultados en el feto, además si se bañan con eso les mancha la piel.

Pero han atacado mucho a las parteras, es bien complicado cuando uno trata de trabajar con ellas, ya no hay casi, yo tenía hasta un último registro del distrito de Agua Blanca de hace unos 10 años y logré censar como unas 60 parteras pero en la medida en que han abierto instituciones las mujeres llegan fácilmente a los servicios ya no están tan rurales, entonces ya no acuden a la partera, el parto institucional en Cali es muy alto porque cuando uno mira la estadística de cuántos nacimientos se espera y cuantos se atienden en instituciones son más del 95%, entonces yo creo que ya parto en casa es muy poco; otra cosa que vi cuando empezamos a trabajar con las parteras y con ellas priorizamos el enfoque de riesgo, ellas automáticamente dejaron de atender, muchas dijeron “eso tiene mucho riesgo, yo no sigo en esto” y empezaron a traer a las señoras a las instituciones, con ellas se ha trabajado mucho pero pues ya no, antes se transmitía de generación en generación, ya las ya las mujeres modernas no ejercen ese rol, cuando ellas migran a las ciudades se vienen con sus agentes de salud, la partera también migra, me imagino que cierto tiempo trabajará pero luego se da cuenta que hay muchos servicios y que es muy riesgoso hacer un parto en casa, el oficio ya casi no hay pero a mí sí me tocó trabajar con parteras, eran muchas y uno tenía que estar muy unido a ellas para que trajeran a las pacientes cuando se presentaba alguna complicación, a los médicos les cuesta más trabajo, no quieren saber de la partera.

Una de las sugerencias que yo hago para que se mejore la calidad en la atención a la mujer que se encuentra en proceso de parto y nacimiento es

desde la formación, es como tú formas tu profesional, auxiliar y a veces a los docentes también nos falta integralidad y somos biologicistas, producto de una formación, le damos mucha importancia a lo biomédico y a veces dejamos a un lado esa parte psicosocial, cultural, yo lo digo porque he tenido la oportunidad de estar en la formación y en el ejercicio docente, yo sé que le enseño y cómo coordinadora de programa yo veo cómo ejerce, entonces he identificado que se hace un gran esfuerzo en la formación pero que cuando se llega al ejercicio no se practica todo lo que se recibió en la formación y en este sistema de salud dónde es mucho más importante la productividad es difícil poder hacer un cuidado integral que sea humanizado porque te están midiendo por el número de actividades que tú haces no cómo la haces, eso es lo que he identificado. A mí me daba mucha tristeza porque tengo por ejemplo en el Hospital Universitario muchas egresadas del programa de especialización, cuando yo estaba con los estudiantes yo veía esas especialistas haciendo cuidado auxiliar, entonces yo decía “perdí mi tiempo, todo ese esfuerzo”, una enfermera especialista dedicada a chequear historias y llenar papeles con la dieta, medicamento; tuve esa oportunidad, por un lado estoy en la formación, yo sé cómo se forman pero como voy a los servicios no solo en la práctica sino cuando supervisaba veía que ese profesional estaba en una actividad muy diferente para la cual se lo formó y ahí yo decía “Dios mío todo ese esfuerzo y que no se aplique todo ese conocimiento”, cuando empezaron con los diagnósticos de enfermería yo le discutía al profesor Gustavo que él estaba muy empeñado en montar todos esos diagnósticos, yo le decía “esto va a ser muy duro” lograr que las enfermeras del tercer nivel hagan historias, diagnósticos de enfermería y te hagan planes de cuidado con esos diagnósticos; es que yo estoy llegando allá y yo veo quienes hacen las historias clínicas, los médicos hacen las historias, los estudiantes y la enfermera se hace a un lado, es triste y es la imagen que estamos dando, en el centro de salud igual esta de administradora y en muchas actividades entre comillas administrativas pero tú no la ves haciendo el control de crecimiento y desarrollo o haciendo la atención del parto, sólo las que están en salas de parto que están a cargo, pero cuántos partos atiende una enfermera especialista en el Hospital Universitario ya ni siquiera las dejan hacer ni las monitorias; hay cosas que le duelen a uno porque uno llega a los servicios y ve lo que se está haciendo, ¡yo preparé este profesional para esto!, entonces yo creo que hay que modificar esos roles que se están llevando a cabo en los servicios porque estamos haciéndonos a un lado y por eso nos desconocen.

Como sugerencia, yo pienso que seguir fortaleciendo los profesionales de enfermería en la parte del cuidado pero especialmente hacia el acompañamiento de las profesionales en servicio, yo pienso que la universidad tiene que estar más unida a los servicios apoyando esos profesionales porque tú sales y te desvinculas de la universidad y si tú no vuelves a la universidad la universidad tampoco va a volver; me da la impresión que la universidad busca los egresados cuándo va a ser el proceso de evaluación a través de la calidad para que certifiquen, entonces se hace reunión de egresados pero sí debería haber más acompañamiento, estimular que las egresadas vuelvan para la universidad a hacer programas de actualización.

Cuando yo salí me entregaron una sala de partos y yo había estado en una rotación de un semestre, había atendido muchos partos, cuando yo estudié me exigían haber atendido 15 partos para poder pasar la asignatura, pero cuántos

partos se atendían en el seguro social diariamente, entre 30 y 40 partos, se privatizó, muchas estudiantes, muchas egresadas salen sin haber atendido un parto, sin haber hecho suficientes controles prenatales, sin hacer la inserción de un dispositivo intrauterino; esa es la realidad porque los servicios públicos se han deteriorado, se han acabado, todo está privatizado, nosotros no podemos entrar a lo privado; entonces estas personas salen a ejercer sin tener unas bases sólidas y la universidad no debería abandonarlas, entonces hacer capacitación en servicio; si no pudo hacerlo en su rotación programemos una rotación con egresadas de nuestra escuela y hagamos un programa de actualización en ese servicio, el servicio no se va negar a eso, pero uno queda solo y pueda que cometa errores y pueda que no haga nada, tal vez porque no me siento segura y eso puede ser una explicación del porque ese rol tan pasivo de dejar que sólo el médico haga, yo no me meto en el cuidado porque no me siento tan fuerte porque no tuve buenas oportunidades.

A mí me tocó vivir una época de los convenios docencia asistenciales fuertes que yo me siento privilegiada porque yo estuve muy unida a la Universidad, la universidad siempre estuvo trabajando con nosotros en servicio y gracias a ese convenio una vez me dijeron preséntese para docente hora cátedra y me dieron esa oportunidad, eso me ayudó mucho, nunca estuve desligada de la universidad, pero la mayoría salen y no vuelven a saber. Mi sugerencia sería no abandonar a los egresados sobre todo del área, cada área tiene que trabajar sus egresadas, si están en el área de médico quirúrgicas bueno que médico quirúrgico vea cómo puede fortalecer las enfermeras que están así sean de otras universidades, pero están haciendo el cuidado ahí o no lo están haciendo que no se sienten fortalecidas en eso.

4.1.3.12 Enfermeira 12

Primeiramente quem estabeleceu comunicação com a E12, enfermeira e docente, foi a informante chave da Universidade do Valle, aproveitando sua aproximação como colegas de trabalho; ela explicou sobre o estudo e o propósito dele; também orientou sobre a entrevista e finalmente ela comunicou seu interesse em colaborar na pesquisa.

Após nos comunicamos via WhatsApp no dia 24 de abril, perguntei daquilo que tinha falado com minha coorientadora, se ela tinha compreendido qual era o estudo que eu estava realizando e se era possível realizar uma entrevista; ela respondeu que falaram um pouco do estudo e da metodologia e que estava interessada em contribuir ao seu desenvolvimento.

Aquele dia marcamos o encontro para 25 de abril na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Valle em horário da manhã.

Me apresentei formalmente no encontro, ela estava motivada e nos dirigimos para uma sala tranquila, como boa iluminação e sem barulho. Ali

expliquei e fiz entrega do TCLE e a carta de cessão, que após serem compreendidos foram assinados por ela.

A entrevista foi enriquecedora; além de ter contado sua experiência na assistência e docência na área obstétrica contribuiu nas estratégias para melhorar a atenção da gestante e a participação da enfermeira nesse processo. A entrevista concluiu-se com uma duração de 1 hora, 42 min e 47 segundos.

Enfermeira 12 “Estamos de cara al País”

A narrativa: *Mi experiencia ha sido magnífica desde que en el pregrado me forme en la Universidad del Valle, fui a hacer el rural en Buenaventura y me llamó poderosamente la atención de las maternas; cuando uno está en servicio social obligatorio le toca rotar por todos los servicios pero el área materno infantil superó todas las expectativas y decidí regresar a la Ciudad de Cali a trabajar un tiempo mientras ganaba experiencia y presentarme a la maestría de materno infantil, pasé a la maestría trabajando en el Hospital Universitario del Valle en el área de ginecología y toda mi proyección de la experiencia de 2-3 años que tenía en ese momento la pude tener allí; luego terminé la maestría y siempre he estado en el área de materno, en un área privada por un corto tiempo en la Clínica Valle del Lili y después pasé a las instituciones de la secretaría de salud estuve incluso en una sala de partos de una ESE de la ciudad durante 4 años y luego gané un concurso méritos y pase a otra ESE de la ciudad donde me recibieron en sala de partos.*

Posteriormente estuve siempre en servicios de atención a la materna y luego a la Universidad del Valle por un concurso de méritos, ahora estoy en el proceso misional de extensión, pero trabajando en un modelo de atención en el área materno infantil con pregrado y posgrado. Mi experiencia ha sido muy buena primero que todo uno se identifica como mujer en los procesos y me gusta atender al binomio madre e hijo, hay algunas personas que les da miedo a mí me parece fácil siempre y cuando uno identifique los riesgos y me parece que mi desempeño ha sido bueno, la secretaría municipal de salud lo reconoce y me siento contenta, todo lo que es de atención materna y cursos de actualización siempre estoy allí porque me ha gusta dar lo mejor.

La experiencia me enseñó que el juicio clínico retentivo y analítico es muy importante, nutre de conocimiento las bases teóricas, pero ya en el momento de atender una paciente, de atender una situación en una mujer en planificación familiar o de alto riesgo reproductivo, situaciones en las que uno muchas veces se enfrenta en estas poblaciones vulnerables uno saca todo lo mejor de sí para poder tener un panorama amplio, analizar y poder dar una mejor orientación. De lo que me gané en la experiencia profesional que de pronto no nos enseñó la universidad, es el análisis de las muertes maternas y de las morbilidades maternas extremas, que a pesar de que uno hace un análisis retrospectivo uno puede incidir sobre el futuro, incidir sobre mejorar la calidad de atención. Me parece que eso es básico y hacía allá vamos eso es lo que nos está enseñando la vida.

Cuando yo empecé en 1989, en 1992 nosotros podíamos atender los partos éramos como médicos en la sala de partos, atendíamos los partos de bajo riesgo, entonces nosotras éramos las responsables del control del trabajo de parto, la atención del parto y la atención del recién nacido, después pasaba el médico haciendo su revisión y salida para las maternas pero nosotros estábamos en el proceso de parto pendientes de muchas cosas, me parecía que era muy importante porque teníamos menos complicaciones de las que hay ahora con tanto intervencionismo, ¿ qué ha cambiado?, la resolución 412 de 2000 le dio la potestad al médico para que hiciera la atención del parto y a nosotros nos relegó a unas actividades secundarias a esa atención del parto, nos dejó con la atención del recién nacido, con el control de trabajo de parto compartido con el médico pero en últimas ni hacíamos control del trabajo de parto ni lo hacía él, ni lo hacíamos nosotros de terminarlo todo y haciendo el partograma que es el coco de muchas personas pero ahora desde agosto del 2018 la resolución 3280 nos devuelve la atención del parto de bajo riesgo a las enfermeras, yo creo que la ley se reivindicó con nosotros porque tenemos todo un bagaje teórico, sustentación teórica de capacitación y entrenamiento en la atención al parto de bajo riesgo y somos fundamentales en la participación de la atención a las gestantes de alto y muy alto riesgo obstétrico..

Entonces con la nueva ley que es la 3280 la enfermera vuelve adquirir el rol de atender un parto de bajo riesgo obstétrico la cual se promulgó en agosto del 2018 y dieron 6 meses de transición para modificar algunas cosas porque dentro de los criterios de habilitación estaba que en la unidad obstétrica puede haber médico y auxiliar, la enfermera era opcional por esto de la atención del parto, entonces había enfermeras que les tocaba ver partos pero desde el área administrativa, era el quehacer, la instrucción del auxiliar de enfermería y la parte de los insumos pero la atención directa, el cuidar de una mujer en proceso de trabajo de parto no tenía como hacerlo porque los servicios de urgencias le robaban todo ese espacio que ella pudiera tener para hacer todas sus actividades de cuidado, entonces nosotras nos fuimos alejando, ahora debe haber un profesional de enfermería en el equipo de salud y el médico debe dedicarse a ser esas consultas porque nos llegan bastantes en el servicio de salud, partos y definir algunas cosas, definir las remisiones, estar muy pendientes de tener una comunicación clara con los niveles 2 y 3 para las pacientes que lo requieran y nosotros dedicarnos al control de trabajo de parto, atender el parto de bajo riesgo al igual que el puerperio. Atender directamente un parto de bajo riesgo obstétrico lo puede hacer una enfermera general que se ha formado con pregrado pero debe tener un entrenamiento específico y en eso las universidades tenemos un momento protagónico porque podemos ofertar a través de esta oficina cursos de entrenamiento en partos simulados en nuestro laboratorio que permitan que se haga de la mejor manera, que tengamos el mejor criterio, juicio clínico, raciocinio clínico para poder decir “esta paciente tiene una complicación”; nosotros somos las responsables de hacer las monitorias no solamente de hacerlas sino de informarlas, entonces somos como un bombillo que se prende diciendo esto no está pasando, esto no está transcurriendo normal, hay que hacer algo, hay que reanimar ese bebé, hay que estimularlo y eso es muy importante en el control del trabajo de parto.

La malla curricular de materno de la Universidad del Valle va a cambiar porque se enfoca mucho en el alto riesgo, de hecho los sitios de práctica están liderados por el Hospital Universitario del Valle, la Clínica Versalles que

pudiéramos decir es un nivel 2-3 y los hospitales de nivel 1 que están en las empresas sociales del estado no se han tenido en cuenta, entonces en este nuevo hueco que se da vamos a pasar por atender el bajo riesgo y la enfermera prácticamente se prepare para su futuro, para un trabajo; esa es una de las razones por las cuales yo voy a décimo semestre, y en décimo semestre hay algo que se llama maternidad segura, obviamente ellas no desarrollan tanto al componente del cuidado, en décimo semestre hay unos contenidos de maternidad segura, del adulto, del quehacer de las enfermeras que van a los servicios de promoción y prevención, entonces ahí estoy yo para mirar perfiles, porque de hecho esta escuela va a tener unas áreas de profundización que serían magníficas porque si a mí me gusta lo del parto pues yo puedo profundizar allí, se ve un componente teórico pequeño y lo demás lo desarrollo allí en el cual se pueden desarrollar grandes habilidades, si a mí me gusta por ejemplo el adulto y yo quiero trabajar con el adulto entonces yo veo algo pequeño de ese contenido teórico y me voy directamente a esa área; esa es la nueva malla curricular que me parece a mí maravillosa.

Áreas de profundización mismo que las maestrías van a tener área de profundización; cuando yo fui formada en la maestría entre los años 92-95 nosotros teníamos como un híbrido en la maestría, la maestría tenía un componente clínico donde nosotros hacíamos práctica y un componente de investigación, el componente de investigación era un 60% y el componente clínico y de habilidad era un 40%, entonces nosotros prácticamente hicimos la maestría y la especialización en el mismo momento, en cambio ahora la maestría tiene énfasis en investigación y la especialización énfasis en habilidades, si nosotros ponemos solamente las especialistas para la atención del bajo riesgo créame que no serían suficientes para todas las salas de parto de nuestra ciudad, especialmente las de bajo riesgo que están en las ESE de Cali; pero las instituciones deben de capacitar a las enfermeras que van a trabajar directamente en esa área y no como comúnmente se hace porque hay muchas personas que no les gusta el binomio madre e hijo por la responsabilidad y por las implicaciones legales que eso tiene, porque la mayoría de las demandas son que por una mala atención, que por qué las dejan solas, no recibe la atención en el momento en que se debiera y ahí expertos abogados que piensan que nosotros no hemos sido formados para hacer el daño, créame que nadie en las carreras de salud son formados para hacer el daño son formados para hacer las cosas bien, lo que pasa es que hay momentos en que nos extralimitamos en nuestras funciones y llegamos a un momento en que olvidamos las intervenciones efectivas que pueden llevar a un mejor desenlace.

Yo siempre a la mujer en trabajo de parto, creo que el acompañamiento es muy importante desafortunadamente a veces no lo podemos hacer como enfermeras porque tenemos otras funciones y me gusta preguntarle cómo se siente siempre que la recibo, tomarle los signos vitales y empezar a mirar si tiene el partograma; el partograma se me ha quedado en la cabeza y creo que como están esos análisis de mortalidad los abogados siempre se van por el partograma el cual permite predecir cuál es el tiempo máximo que yo puedo esperar y me dice si le estoy haciendo las cosas bien o si me estoy retrasando para poder mirar si hay un estado fetal no tranquilizante lo que antes llamábamos como sufrimiento fetal agudo, por eso siempre me gusta llegar a mirar cual es el punto de partida, como está mi paciente, como está su parte

emocional, físicamente y evaluar; siempre reviso el partograma, hago la historia y luego sigo haciéndole los controles como en las ESES, no hay visita siempre entonces estoy en contacto con el familiar y dándole la información a ella de que el familiar está fuera para que se sientan acompañadas, ahora con la tecnología del celular muchas mujeres lo tienen al lado y hay una gran controversia si ese es el momento en que ella debe tener el celular que en ocasiones se estresa más estar diciéndole al familiar algunas cosas que si lo tuviera ahí, pero la experiencia me ha permitido ver que ella llega a un momento en que no está pendiente del celular y una vez está en trabajo de parto; después de hacer esa valoración física siempre doy educación si tiene todo listo, como debe respirar, como va ella, que tanto tiempo puede pasar y la estoy acompañando cada cierto tiempo en su trabajo de parto, está determinando que debemos hacer en el control del trabajo de parto y la llevo hasta el parto; en el parto siempre estoy en el acompañamiento, en el hospital Carlos Holmes todavía no hay un cumplimiento del 100% de que atiendan los enfermeros el parto de bajo riesgo, en todos los turnos son enfermeros, entonces en algunos momentos el médico los atiende.

El hospital el Carlos Holmes Trujillo fue el modelo porque tuvo todos sus enfermeros especialistas en materno y dos de ellos con maestría en materno infantil con una integralidad en todas las cosas, entonces esos enfermeros sí cumplieron con el control del trabajo de parto, con la realización de la monitoria, detallar el partograma. En ese hospital el partograma está en el sistema pero hay también posibilidades de hacerlo manual, existe mucho el partograma por lo que le había comentado anteriormente de que es una exigencia de la parte legal y porque en las normas de atención de las mujeres en control del trabajo de parto exige que hay que hacerlo. Tuvieron esa posibilidad, pero las personas han sido retiradas porque ya cumplieron su ciclo de tiempo, se pensionó y otra porque lo decidió la gerencia de que la mandaban a otro lugar entonces el equipo quedó incompleto, ese equipo incompleto no me permite validar todo lo que pasa en todos los turnos.

De las estrategias el acompañamiento a mí me parece que es crucial, una mujer ingresa admisión partos y le dicen “usted se queda porque está en trabajo de parto en fase activa, en cuatro de dilatación, hacemos un cálculo de su parto le faltan 6 cm más, el tiempo que falta pero ella llega y como que se despide de su familiar y no lo va a volver a ver más, creo que esa angustia es crucial para que ese trabajo de parto se dé rápidamente; cuando yo estaba allá nosotros hacíamos visitas a las salas de parto y eso disminuye el estrés, que ellos conocieran al auxiliar, por donde entraba, las cosas que pedían, el apgar y escuchara el testimonio de alguien que ya hubiese tenido su parto que estuviera en puerperio, escuchar a ese testimonio de felicidad, usted ya tuvo su parto, cuánto demoró, cuatro horas y ya está caminando; eso les llenaba de felicidad porque sabían que rápidamente ellas iban a volver a la normalidad entre comillas, entonces el acompañamiento me parece crucial para el cuidado de trabajo de parto, me parece que establecer una relación empática con el familiar es decisiva una relación de mucho respeto y con los profesionales también, los enfermeros tenemos esa posibilidad como del recordar de la norma, de saber todo lo de la paciente, estar pendientes de su trabajo de parto, mirar la curva, entonces ellos nos creen mucho por la formación, la otra cosa el acompañamiento del resto de personal, de las auxiliares de enfermería y el respeto es básico. Hay salas de parto donde hay personas que no tienen

química con la gestante, señora no grite, señora como no gritaba antes y decirle cosas que no están bien lo que hacen es que no haya una buena colaboración de parte de ella y el estrés y la ansiedad retrasan el trabajo de parto, hace que lo que se puede hacer en una hora se haga en dos y termine la paciente en otro nivel de atención. La analgesia obstétrica, nosotros no hemos podido tenerla en el nivel 1 que vayan profesionales de otras disciplinas especialmente anestesiólogos a hacer una práctica allí porque esto sería crucial, los dolores de parto han sido vistos como algo bíblico de parir con dolor, si estas mujeres pudieran tener la posibilidad de acceso a la analgesia sin que fuera un impacto grande, pero el progreso de su trabajo de parto y el expulsivo pudiera ser mejor, nunca hemos tenido esa posibilidad, siempre tenemos que estarle diciendo “señora colóquese de lado” porque también no tenemos al familiar para hacer métodos indoloros como el masaje.

Los métodos no indoloros son muy buenos, el masaje en las áreas críticas donde más duele es definitivo. Como está determinado y como están diseñadas las salas de parto son muy pequeñas y las mujeres tienen que estar todas en posición horizontal, entonces podemos decir que en el partograma estas mujeres llegar al límite de tiempo que está detallado es anormal porque las tenemos en posición horizontal, incluso la misma atención del parto está diseñada para nosotros y no para facilitar a la gestante, ella debiera estar en una posición vertical como lo hacen las indígenas y no pensar que el niño va a caer al piso y va a tener un trauma o si no se puede completamente vertical si algo ayudada que permita tener su parto en una forma fisiológica; cuando usted ve a una mujer que se pone en cuclillas, sentada o en 4 y que se quiera meter debajo de la cama como nos tocó una vez en el Hospital Universitario, uno se llena de pánico, uno piensa que ese bebé va a caer al piso, va caer a la taza del baño, de hecho esto se considera un evento adverso; el parto en cama que es otra de las cosas que hemos hecho análisis se considera que cuando ocurre ahí por las personas que están en seguridad del paciente en calidad de atención es que es una mala atención del parto porque las hemos dejado solas, porque que no las hemos estado monitoreando y por eso tuvieron el parto allí, pero cuando las mujeres tienen el parto en cama hay menos desgarros, hay menos complicaciones y es como más fisiológico para ellas que la mesa de atención del parto dónde están muy flexionadas sus piernas, muy abiertas de una forma que nos facilita de atender el parto pero no facilita a la parturienta.

No les hemos enseñado otras posiciones porque en los cursos de la preparación para la maternidad y paternidad nos enfocamos en mucha información, mostramos en algunos momentos la película del parto, he visto que algunas cierran los ojos, entonces parece una situación que se las han pintado muy horrible como le digo desde ese contexto bíblico de qué parirás con dolor, entonces ellas lo ven como una situación definitiva en donde hay que ayudarlas y el ayudarlas para ellas significa qué hay que hacer cesárea, otras que hay que empujárselos y el parto es un fenómeno fisiológico donde el bebé se pone de acuerdo con la mamá para el inicio de su trabajo de parto, hay unas modificaciones en su parte física que hacen que se inicie el trabajo de parto y nunca tomando hierbas porque eso hacen estas comunidades en su mayoría por la parte cultural que hay que tomar determinadas hierbas para quitar el frío y esas hierbas lo que hacen es iniciar el trabajo de parto de forma abrupta, que las contracciones sean muy frecuentes con pocos periodos de relajación y aumentando el estado fetal no tranquilizante; porque uno les dice por ejemplo

que no tomen ni se impregnen de brevo porque se ha demostrado que aumenta la producción de oxitocina de forma endógena y de forma exógena también, entonces nosotros podemos crear un proceso de tetania contracciones que no paran y que hacen que el bebé sufra. De hecho ese fue un estudio que se hizo aquí en la Universidad del Valle con varias de las pacientes del distrito de Agua Blanca donde más se utilizaba el brevo, ellas fueron objeto de entrevistas y de saneamiento, no conozco con la claridad que se debiera cual fue el resultado pero si se informó que la canela, la manzanilla y el brevo eran grandes productores de esos fenómenos y que debíamos quitar el uso del brevo porque parece ser que se impregnaban los genitales y había una concentración mayor, entonces ellas llegan con un olor dulce y es una creencia popular, usted tiene dismenorrea tome agua de canela que eso le ayuda pensando en que la canela ayuda al desprendimiento de esa capa que sale en el fluido menstrual y cese el dolor desde ese punto de vista pero no conozco esas sustancias que podrían producir esos fenómenos.

Existe la política de salud sexual y reproductiva, en nuestra ciudad en el año 2012 hubo 13 muertes maternas, eso fue todo un escándalo a nivel nacional, departamental, municipal en el distrito de Agua Blanca, muertes directas e indirectas, se hizo un plan de choque que permitiera contener esa cantidad de muertes y ese plan tendría muchas en lista, una planificación familiar porque en el análisis de las muertes se vio que muchas mujeres no deseaban estar embarazadas y habían estado buscando un método de planificación familiar de larga duración y no habían tenido acceso; en ese tiempo estaban los implantes saliendo y algunas EPS a veces no los autorizaban entonces ellas en esa búsqueda no se les mandó otro método y se desembarazaron, también tratar de posponer el embarazo en aquellas mujeres que están severamente enfermas y de ahí parte lo que es la consulta preconcepcional en que si una mujer quiere estar embarazada sea en la mejor condición y por eso se captaron tempranamente las gestantes a través de laboratorio, siempre se manda la prueba de embarazo, entonces las positivas y negativas se entregarían en el programa, para aquellas mujeres que si su resultado es positivo se ingresarán a control prenatal tempranamente antes de la semana 12 y aquellas mujeres que fueron negativas se encaminarán para planificación familiar y esa persona que manejaba maternas y la planificación tuviera una interrelación muy estrecha incluso las mismas embarazadas una charla de planificación familiar y pudieran definir un método con el cual quisieran planificar, eso por un lado por el otro lado es atención materna sin barreras, sin barreras significa que a veces le pedían una cantidad de documentación a aquellas mujeres por ejemplo que salen del régimen contributivo que dejaron de trabajar pudieran enganchar rápidamente al régimen subsidiado o vinculadas del municipio para que su atención no tuviera interrupciones y eso se llevó a un compromiso, las gestantes que eran excluidas de la atención de las EPS inmediatamente pasaban información a la república y se buscaba para engancharlas al control, la otra cosa es hacer seguimiento que habla mucho de inasistencia de gestantes y no nos damos cuenta y se puso en algunas instituciones un equipo al servicio de la búsqueda de gestantes, equipo que tenía un componente comunitario y un componente de las instituciones, tenían un carro e iban en la búsqueda de ellas, por cada una de las comunas tenían una lista y ese resultado y esa visita era orientado hacia la persona que las andaba buscando a ver qué pasaba en ese momento, ya estoy en el nivel contributivo y no hay

necesidad de que me estén buscando porque quien atendía aquí y también esa parte comunitaria me permitió captar gestantes tempranamente; la otra cosa es la búsqueda de mujeres puérperas para iniciar el plano de planificación familiar pero en determinadas cuentas lo que uno buscaba era que tuvieran una maternidad segura donde se minimizaran los riesgos para la madre y el recién nacido y también echamos en el bolsillo a aquellos agentes comunitarios que aún permanecen atendiendo partos en casa, las parteras o comadronas, realmente en nuestra ciudad son pocas, las hemos ido cambiando hacia que no atiendan un parto en las casas si no que den una orientación previa a las mujeres y las orienten hacia la consulta oportuna en las instituciones; es que nosotros tenemos un sindicato del parto institucionalizado y más bien ellas nos servirían en el fomento de la lactancia materna, las madrinan de la lactancia en agua blanca y no son muchas porque ahora el SISBÉN da el parto gratis, todas las intervenciones a la mujer gestante y su hijo son gratuitas, la atención que ellas dan allá tiene costo, no un costo de decir págume \$10000 pero si un costo simbólico en gallinas que también se convierten en dinero lo que hace que la mujer prefiera ir a las instituciones. Las mujeres que más iban con ellas en sitios donde habían fronteras invisibles que no permitían que ellas pasaran de un lado a otro, peleas de pandillas, entonces preferían tener su parto allí, otras quienes vienen del área rural del Cauca, Valle, Nariño preferían tener su parto en casa porque era familiar, la conocía, era la mamá, la hermana pero ellas han tenido contactos de control prenatal y ahí se les insiste sobre eso, entonces la estrategia de maternidad segura ha permitido que podamos reducir una cantidad de complicaciones pero no ha sido del todo tan gratificante Porque el año pasado hubo 3 muertes maternas en la ciudad, es poco en un año pero los primeros tres meses de este año ocurrieron ya las tres muertes, ¿qué quiere decir? que si no hay intervenciones efectivas vamos a tener más muertes que el año pasado porque en ocasiones esos planes son de choque, porque nos confiamos y vuelve y juega y una de las muertes por drepanocitosis se nos está convirtiendo en un problema sobre todo cuando no identificamos quienes son las mujeres con alto riesgo reproductivo; por ejemplo esta mujer que la presentó hace 12 años murió su hermana por lo mismo una causa indirecta, entonces las causas directas las estamos manejando ya hemos avanzado bastante pero las causas indirectas realmente no las hemos impactado y como se impactan, con la consulta preconcepcional, con una adecuada planificación familiar, no le puedo colocar a una chica de 14 años que acabó de tener su parto la inyectable mensual, lo dejamos a la voluntad de ella que vaya a aplicarse la inyección, podemos colocarle un anticonceptivo de larga duración porque no podemos pensar de que ella se embarace tan rápido, no tiene tiempo de restablecerse; otra estrategia que se implementó es que las mamás salgan del puerperio con un método de planificación, eso se implementó en el plan de choque un método anticonceptivo antes de la alta pero que sea una variedad de métodos, porque existen mujeres que tienen cáncer de mama, hipertensión, alteraciones cardiovasculares pero hay mujeres que no dejan su actividad sexual, debemos de saber que el oncólogo, el cardiólogo nos debe referir esa paciente para que esté planificando con la mejor anticoncepción en adolescentes. Creemos que lo sabemos todo pero no, yo estoy muy preocupada porque en las salas de parto incluso salen con la fórmula del inyectable y yo estuve leyendo y es sólo progestinas que inducen la secreción láctica, ¡qué estamos haciendo! segundo con el bebé me preocupa

grandemente es que por ejemplo puede producir daño en la corteza cerebral entonces yo ahí digo “estamos haciendo lo correcto” y existen los criterios y están establecidos, la anticoncepción debe iniciar 6 semanas después del parto por todos los fenómenos, a ese tiempo se ha restablecido casi a la normalidad pero es el afán de que esa mujer se va a ir a un corregimiento del Cauca, de Nariño y no va a tener acceso a esos métodos; el DIU se dejó de utilizar por facilismo y también de las mujeres porque hay unas ideas y un imaginario en torno allí que no es lo adecuado porque me permite decir algo muy personal “creo que la gente quiere lo fácil y los proveedores de los servicios también”, es que ni siquiera las píldoras, por ejemplo” yo porque tengo que explicarle” “usted vuelve el 25 de mayo” “es sábado entonces venga el 24”, estoy diciendo algo de la práctica en donde usted en un control de planificación familiar debe tomarse su tiempo su para explicar, para hacer una asesoría, la mujer decide pero usted la orienta; de hecho yo le coloque una pregunta de planificación familiar, que escribieran Pepita Pérez es hipertensa, fuma cigarrillo y quiere planificar con el inyectable mensual, de 30 años y les pregunté ¿usted qué haría como enfermero en un programa de planificación familiar?, entonces escribe un estudiante “yo se la iniciaría pero le explicaría que no es lo mejor”, otra dice yo no se lo iniciaría por los riesgos y escribe todos los riesgos pero qué haría porque yo le puedo decir “señora yo no se la aplico porque eso no se le puede aplicar a usted y explicarle y ella si no me entiende va a la droguería y se la pican allá porque al droguista no le importa si no sólo vender, entonces es un análisis reflexivo, son situaciones que me permiten tomar decisiones con un bagaje teórico que tengo de los métodos, ventajas desventajas de la actividad y criterios de elegibilidad.

La enfermera todavía continua haciendo la consejería con relación a los métodos de planificación familiar pero una consejería sesgada en los métodos que tienen disponibles en las instituciones, yo les insisto diciéndoles a los estudiantes tenemos que hablar de los parches habrá alguna persona que pueda comprarlos, tenemos que hablar del anillo; si yo estoy haciendo planificación familiar en Imbanaco pues usted le habla de todos los métodos y le explica cuál es el mejor para usted, el problema es que ese tiempo no es muy largo, no son los 20 minutos que dan, pero ahora eso es lo que hablan las rutas integrales de atención en salud, la ruta materno perinatal donde permite que a mí no me valoren por los 20 minutos; estaba yo leyendo y yo hice una presentación al respecto en la especialización en lo que es esa visión y escogí control prenatal, dice primero que la mujer que recibe una gestante y llega tardíamente a su control no hay que darle 20 minutos hay que darle 40 porque ella tiene que hacer lo anterior, todos los exámenes, todas las intervenciones previas y eso es demorado, eso pasa con mucha frecuencia mujeres que vienen de otros sitios distantes de las capitales; sabe en que no nos beneficia la resolución en que tiene 3 años para la implementación de la consulta preconcepcional qué me parece está de espaldas a la realidad del país, se está haciendo la consulta pero si yo no lo pongo como obligatorio las EPS no lo cumplen; la consulta preconcepcional me permite primero intervenir, clasificar en edad fértil de bajo riesgo reproductivo, de alto riesgo y de muy alto riesgo reproductivo, las que tienen bajo riesgo se las sigue manejando, quieren embarazarse entonces empieza a tomar ácido fólico y consulta tempranamente tan pronto haya ausencia de la menstruación pero tres meses debe tomar los micronutrientes; pacientes de alto y muy alto riesgo deben de ir con un

profesional, no enfermera, no médico general, el profesional que nosotros hayamos identificado de la patología si es una cardiopatía tiene que ir con el internista que es el cardiólogo entonces esa paciente ya cuando haya mejorado y esté en buenas condiciones pueda embarazarse o aquella mujer que dice yo quiero tener porque es que mi esposo es español extranjero y él quiere conocer la pinta y esa mujer se embaraza pero con todos los riesgos que nosotros sabemos para su salud y su familia, eso de cara a colocar la consulta preconcepcional para tres años de implementación está de espaldas al país, esa consulta preconcepcional es básica. En la consulta preconcepcional por ejemplo habría toda la parte de consulta genética, se debe formular con todos los datos y se le preguntan todos los antecedentes familiares, personales, muertes cómo han sido sus partos anteriores; es una consulta amplia que debe durar 40 minutos, nunca nadie ha dado 40 minutos generalmente son 20, 30 pero la gente la saca y después de eso se determina el riesgo y va donde el profesional que corresponde, hay algunos exámenes que requieren ser formulados por el especialista, entonces ahí vamos retrasando todo, por ejemplo el examen de pruebas tiroideas no lo puede mandar usted; estuve leyendo la resolución 3280 y dice que la consulta preconcepcional debe ser realizada por alguien que tenga un entrenamiento específico, ¿quién da ese entrenamiento? se nos ha puesto a las instituciones de educación superior (IES), de hecho en la ESE dónde yo trabajé lo hacía la enfermera, hacia una primera parte pero cuando la enfermera mandaba toda esa cantidad de exámenes decían “eso no lo puede mandar usted” entonces tocaba con el médico y mientras la paciente hacía otra cosa, iba a su EPS para que le autoricen IGg, IgM para rubéola y se retrasa, si la consulta la hubiesen colocado que era para dentro de 6 meses de transición estaríamos en otra situación; a mí me parece que la consulta preconcepcional es el abre bocas para que una mujer que está en edad fértil se embarace o no o se posponga hasta cuando esté mejor y poder impactar en la mortalidad materna de causa indirecta, por ejemplo la anemia drepanocítica, lupus eritematoso sistémico; tuvimos muertes una que me dolió que sucedió de una señora que tenía una cefalea fuerte desde hace 1 semana llegó ya profundizándose y la remiten por las tensiones muy altas, le colocaron según el protocolo betalol, nifedipino, sulfato de magnesio, la mandaron a la Fundación Valle del Lili y allá entró directamente a UCI y la señora murió antes de 24 horas, esa es una muerte indirecta que duele, he querido ver la historia y siempre le he dicho a una compañera que sería bueno sacarla porque me sirve para trabajar con los estudiantes la realidad en un análisis de caso, yo le quito una cantidad de cosas y les pongo ese caso y ellos sacan los factores de riesgo, las intervenciones de enfermería, cuidados de enfermería; es analítico porque queremos hacer no tanto el contenido teórico, porque uno les da una bibliografía y lo demás es el modelo de aula invertida, entonces las indirectas son las que están aumentando las directas, pues ocasionalmente cuando tenemos fallas en atención ocurren si la señora no hizo control prenatal pues miramos qué fue lo que pasó, la tratamos, qué barreras tuvo para ser atendida. Cuando yo gané el concurso me propusieron hacer tres cosas, hacer un curso de profundización y lo hice hacia un control prenatal de calidad, entonces era como la parte biológica de cómo hacer el control, las medidas y también metí los análisis de mortalidad a mí me parece y estoy convencida que si nosotros no conocemos el pasado lo volvemos a repetir y en obstetricia las cosas se

repiten y son ondas sube la mortalidad o baja o la intervención se mantiene allí pero nosotros decaemos en las atenciones. Yo había hablado con un laboratorio, ellos tenían un proyecto de prevención del segundo embarazo en mujeres jóvenes de alto riesgo, ellos se iban al Hospital Universitario y les entregaban los implantes Subdérmicos de 3 años que se consideran de larga duración para que fueran insertados, capacitaron ginecólogos, residentes enfermeros; esas mujeres por ejemplo la chica de 14 años que tuvo bebé que se embarazó le colocaban su implante si ella decía que sí, ya no hay de esos implantes ya no tienen por la crisis del Hospital Universitario métodos anticonceptivos en el tercer nivel, en el cuarto nivel Clínica Fundación Valle del Lili están capacitados algunas personas quieren hacerlo pero que le dicen a uno, esta es una actividad de nivel 1 yo se la pago a la EPS, mándela al hospital Carlos Holmes Trujillo, al hospital Primitivo Iglesias, a Cañaveralejo, ¿usted cree que esa señora va?, no va porque la cultura le dice que no salga, que no se airee, que no debe salir; nosotros a veces tenemos que funcionar con lo de la cultura y lo de las instituciones, esa es una oportunidad perdida para mí teniéndola ahí y no ponerla a planificar, está bien en las primeras 6 semanas no hay problema, hasta antes de cumplir el segundo mes no hay problema porque la ovulación ocurre en el día 59 pero ¿yo la puedo captar después?, la mujer vuelve al proceso reproductivo y es muy difícil que siga yendo por las responsabilidades que tiene y es importante de que se les envíe un método que no vaya a generar problemas ni para ella ni para el bebé; antes las cosas nos funcionan porque yo a veces digo estamos de cara al país, donde yo trabajaba me decían “es que usted es muy buena, usted quiere todo gratis”, yo les decía “pero miremos el costo beneficio” si esta señora se muere, no están bien las cosas ese niño queda solo hay que darle leche de tarro, las consecuencias que va a tener, quién lo va a cuidar si no su mamá, entonces hay muchas intervenciones que se han hecho y que se siguen haciendo pero nos falta lo de promoción y prevención, no es exclusivo del nivel 1, promover y prevenir se tiene que hacer en todos los niveles y ojalá tuviéramos habilitados los quirófanos para qué si usted quiere la Pomeroy ven dejemos una semana pero aquí la espero, yo hasta le propuse al gerente el carro, Profamilia antes tenía un carro y las llevaba, las reclutaba, nos vemos en tal parte y se las llevaban, el transporte es una barrera en nuestra ciudad, las llevaban con su familiar y después cada una se iba pero se las llevaba; esas son técnicas o estrategias de captación y una estrategia que ellas todavía la tienen, es dar una carpeta bien bonita en donde dice todos los signos de alarma, está hasta un funcionario con una embarazada, ellas se apropian, hicimos un video del control prenatal y de la planificación familiar, de la consulta preconcepcional para que las mujeres usen, esas son estrategias, hasta una pauta publicitaria se hizo y de hecho existe el criterio que la gente viendo a alguien de su comunidad se apropia más, entonces eran actores de la comunidad y eso se pasa por los distintos televisores que hay en las salas de espera, eso es demanda inducida y de alguna manera promoción.

Hay facilidades, las instituciones firman un compromiso no sólo para la atención del parto sino también para la atención del control prenatal y en el compromiso ellos se comprometían con todo eso, tener personal calificado para la atención del parto, para hacerles un control del parto de calidad, por tener personal capacitado para emergencias obstétricas; de hecho la secretaría de salud ayudó mucho para capacitar por ginecólogos expertos en UCI

obstétrica, hemorragia postparto, en traje anti choque, el balón, con tener unas condiciones de habilitación para las salas de parto de esta ciudad lo cual no se ha cumplido totalmente porque se les dijo el parto acompañado en toda la parte de humanización, en algunos sitios donde se permite el parto acompañado pero acompañado en el puerperio pero en el trabajo de parto no, todavía nos da miedo que el acompañante vea prácticas que no son las adecuadas básicamente es eso, pero a mí por ejemplo no me da miedo que el familiar me vea retirar un implante, me parece que va a ayudar mejor a su mujer porque uno le va a decir que no debe cargar objetos pesados con ese brazo, tenerlo cubierto, yo creo que es inseguridad; yo siempre les digo a las estudiantes usted tiene el concepto teórico, usted es capaz de hacerlo, no tiemble, tranquila, si yo la estreso dígame profe deme un minuto y lo hace, créame que todos somos capaces de hacerlo, lo que pasa es que la gente a veces no tiene confianza en la persona muy joven, quieren como de más experiencia y si el de la experiencia es el que está comandando el grupo no hay problema pero si es el joven no se deja, entonces yo creo que nosotros debemos tener el personal más idóneo con más experiencia, en las salas de parto no lo estamos teniendo y me parece que esa es una de las carencias que estamos teniendo, personal que no tiene el entrenamiento porque no es solamente el entrenamiento de pregrado, ese es muy poco, es un entrenamiento específico del área, si usted quedó en sala de partos yo lo voy a dejar pero usted va a asistir a estas clases, va a ver estos videos y va a quedarse en acompañamiento con la jefe Claudia Benavides, con el jefe Víctor Hugo Quintero y ellos van a estar toda una mañana con usted y ellos van a venir sin que les paguen porque a uno no le pagan, uno dice mira el quehacer del enfermero en sala de parto, la acuesto, recibo el turno, yo hago mi entrega de turno de la paciente, se dice como está la paciente, como la voy a dejar, hago mi nota, checo mis órdenes médicas, estoy pendiente de las monitorias, yo le hago el control del trabajo de parto cada una o dos horas, está en expulsivo la atiendo en la sala de partos, atiendo el parto, atiendo el recién nacido; como no hay suficientes profesionales entonces el médico atiende el parto, el auxiliar el recién nacido pero no todo porque el auxiliar le coloca todo pero le coloca la vacuna de la hepatitis b con la enfermera y esperamos que salga el resultado del VIH y de una vez si lo tengo la BCG, el auxiliar no lo puede hacer; ya no puede desplazarse porque tiene mucho trabajo o ya le quitaron esa asignación porque los enfermeros estamos en capacidad de hacerlo, estamos en capacidad de llenar el carnet de vacunas, de que se inicie planificación familiar “yo quiero el dispositivo”, pido el dispositivo y me lo dan, pero qué pasa no está disponible el dispositivo de planificación familiar, servicio farmacéutico puede tener 2 dispositivos, tres implantes o en el servicio falta ofertar otros métodos no solamente inyectables o sólo pastillas, ahora pacientes de píldoras sólo progestinas le explico los riesgos, me vuelvo como un experto y en el trabajo de parto el plus me parece es el personal capacitado y también tener perfil profesional para hacerlo, si a mí no me gustan los niños, no me gustan las embarazadas como un médico que yo conozco a mí me gustan los viejitos qué es lo que estoy haciendo en promoción y prevención, qué es lo que estoy haciendo ahí, bueno doctor me gusta esto consultar todo el día porque no tengo responsabilidades 15 minutos y chao será que yo soy un súper experto en todas las enfermedades, lo mismo que el profesional que está en parto, no voy a tener un médico en servicio social obligatorio porque partos se considera una especialidad, de hecho no

todo el mundo lo tiene, infraestructura, tienen que saber de emergencias obstétricas, de reanimación neonatal, tienen que ser personas que reaccionan bien a esas situaciones de emergencia, no todo el mundo reacciona bien, no todos conocen sus roles, tampoco puedo estar cambiando de auxiliares, el equipo tiene que ser más o menos un equipo estable, estándar, un equipo que se reúne cada cierto tiempo para hacer análisis de cómo puedo mejorar. Hay sitios donde está la enfermera entonces le rebajan una auxiliar, están con toda la sala ¿tendrá tiempo para dedicársela a todas las mujeres?, eso por un lado, por otro lado el criterio de riesgo ha hecho que puede ser beneficioso y también puede ser algo en contra que la mayoría de las pacientes se vayan al segundo o tercer nivel de atención porque todo es un riesgo; un médico me decía es que vivir en Agua Blanca es un riesgo y le dije “tener Medimás también es un riesgo”, bueno puede ser riesgo vivir en Agua Blanca pero sí ha hecho control prenatal, ha ganado los kilos que debe ganar, sus exámenes están normales es una mujer de bajo riesgo que puede tener su parto ahí, incluso aquella mujer que sin hacer control prenatal pero tiene los exámenes de rutina, fue vista por ginecólogo, por médico y todo está bien yo le daría chance de tener el parto ahí, entonces el número de partos en el nivel 1 se ha reducido, creo que la jefe Claudia le dijo antes eran ciento y pico de partos ahora son 70, 50 si no me equivoco, Versalles ya ganó el primer lugar porque tenía entendido que el Hospital Universitario del Valle es el que más atiende, Versalles debe estar atendiendo partos nuestros de bajo riesgo, lo que pasa es que hay una competencia económica también, si usted tiene EPS y llegó aquí yo no la dejé ir porque usted va a pagar, el dinero Plus llegó rápidamente de las EPS a las instituciones, entonces es establecer la competencia en cada institución pero cómo se establece el criterio de riesgo también teniendo personal capacitado o si no yo todo lo voy a remitir; mire que un lineamiento dado de una persona con incompatibilidad de RH remítala para la atención del parto de nivel 2 porque? Si tiene su Coombs indirecto negativo, si le aplique la dosis de gammaglobulina puedo atenderla en el nivel 1, es un desconocimiento, personas sin cultivo rectal, vaginal tampoco, entonces cuantas de esas mujeres no se estarán yendo a la Clínica Colombia, al hospital San Juan de Dios y a la clínica Versalles; antes había una contra remisión donde devolvían a las pacientes, la respuesta a la contra remisión no la daban, la dan ahora por un portal en donde se anotan las gestantes y quien atiende el parto, entonces ahí está si fue complicado, si fue por cesárea, lo mínimo para las instituciones si lo revisan y hacer un análisis de dónde se me están yendo mis mujeres porque lo más duro es controlarlas, la atención del parto es un evento que puede estar generando dinero a una situación específica y todo el trabajo que se hizo se supone que es un proceso, tiene el parto se queda conmigo en control como requisito, sigue el control de ella, planificación, su hijo también, entonces la perdemos de vista, hay desventajas en ese sentido.

Sugerencias hay tantas, voy a empezar con la de la atención del parto, con las condiciones de habilitación; las instituciones tienen que considerar el acompañante puede ser el esposo, la mamá, la abuela, alguien significativo para ella, no vamos a decir que el esposo porque hay algunas que ni lo desean, ni lo tienen, entonces que hayan unos criterios para ese acompañamiento bien claros para que lo sepa el acompañante; dos, el personal de la sala tiene que prepararse para eso, tiene que haber una persona que esté supervisando que no se hagan prácticas prohibidas, el irrespeto a las

mujeres cuando ellas gritan, etc, hacer una notificación de los eventos porque a veces la gente teme a denunciarlos por el correctivo; no se reportan y es por eso créame, la parte infraestructura, los baños que estén cerca que tengan el pasamanos para aquellas mujeres que se levantan por primera vez, la anticoncepción antes del alta, tener una persona que supervise también el cumplimiento de las normas, el partograma, control del trabajo de parto, la atención del parto, que supervise también el control de puerperio inmediato, que detectemos alguna falla; se controla cada hora las constantes que se necesitan y luego de un tiempo ellas ya pasarían a la sala donde el control se hace más espaciado pero no quiere decir que no se haga porque en puerperio tendemos es a abandonar porque ya pasó lo más y a veces hay pacientes que su sangrado es tan grande allá que nos avise otra persona, la aseo y otras, por ejemplo la depresión posparto a veces no la identificamos allí, según los estudios se puede presentar tercero, cuarto o quinto día y en eso ya las mujeres están en casa, hay algo que se mejoró y creo que en la Clínica Versalles hay que ponerlo en las demás clínicas de la ciudad y es la hospitalización en el evento parto que se dé por 24 horas; están egresando muy tempranamente de los servicios, regresan a las 7 u 8 horas después del parto, se lo digo porque tuve una familiar que tuvo la cesárea, se la hicieron por el sufrimiento fetal estado fetal no tranquilizante, a las 7 de la noche nació la bebé y a ella le dieron salida a las 11 de la mañana sin haberle quitado la sonda, ya tenía la salida firmada, eso no es el deber ser pero en la práctica eso es lo que se está haciendo se lo digo porque fue una familiar, yo me quedé aterrada cuando mi sobrino me llamo, le dije que ya le quitaron la sonda y le dije no se van a ir todavía hasta que no se la quiten y no elimine no se va a ir, eso es por qué hacemos las cosas muy rápido, mecanizadamente, en lo de planificación familiar, mi sobrino tuvo que salir a las 3, 4 de la mañana a buscar quién le preparara un tetero para la bebé porque ella estaba con un dolor horrible y no había en la clínica, con nombre propio la clínica de Occidente, no había agua caliente, no había leche, si había lo que pasa es hay como un divorcio entre partos y el área de hospitalización obstétrica, es que si yo tengo una parte de hospitalización obstétrica tengo que tener el Plan B, entonces para resumir yo creo que lo que se debiera hacer como docente es capacitación y la capacitación es el entrenamiento de personal de sala de partos en reanimación que ya hay muchos que lo están exigiendo y en la atención del parto, puede ser en una institución de educación superior o puede ser con la secretaría pero que se aplique, que esas personas cumplan con el perfil y muchas estrategias de atención humanizada, seguir manejando la semana de la humanización de los servicios de salud, no solamente con los servicios ambulatorios de promoción y prevención sino porque el parto está en promoción y prevención sino con los servicios hospitalarios. En los servicios hospitalarios se deja de lado humanización, el respeto, uno inicia con el saludo, en llamarlo por su nombre ,en dejar que el familiar éste, que a veces se dice en la entrega de turno no es que son insoportables porque preguntan, porque es que se sienten prisioneras después del parto son 24 horas, hagamos la cuenta control de trabajo de parto 12 horas entonces son mínimo 36 horas allí y tienen otros familiares, los hijos, no se les da información, yo creo que una de las razones por las cuales las personas entran en crisis es por eso; yo una vez deje entrar a una familiar y mi pesó, casi me pegan en la sala porque la señora lloraba, gritaba, se desesperó más de ver a la mamá, no sé qué pasó, hablaba

con ella y ella solamente hizo dos controles, yo creo que ahí estaría la génesis del problema, no tuvo el proceso, no tuvo curso de preparación para la maternidad y paternidad, los recursos básicos, el curso le permite interactuar, entonces yo les digo "hay que darles la oportunidad a otros, lo que le pasó a usted es posible que no le pase a otra persona" y lo del resto de la atención materna, la atención del control prenatal me parece muy importante, también tener en cuenta el entrenamiento del personal pero hay unas estrategias costo efectivas que deben permanecer en el tiempo y esas estrategias de educación a la comunidad son muy importantes, las estrategias de captación teniendo aliados en instituciones de educación superior cuando vamos a hacer prácticas, teniendo como aliados ONG, la misma comunidad líderes formados; hay líderes que ellos tienen formación en participación social, tienen charlas, se puede decir como informativas eso sirve pero de pronto más adelante hacer comités de vigilancia epidemiológica con componente comunitario a uno de ellos llevarlos allí para que ellos nos hablen, cuando nosotros hacemos el análisis de mortalidad hablamos mucho de retraso 1 y 2 que tiene que ver con la mujer y a veces esos retrasos son muy reflejados con la mala calidad de la atención, muchas de esas barreras culturales, sociales, económicas se pueden franquear si tenemos aliados, falta crear red y se me ocurre tener una liga de mujeres puérperas, que bueno uno poder contar una experiencia maravillosa, las gestantes pues las tengo ahí en el curso pero tener en el curso unos aliados; yo antes tenía unos aliados y ellos son personas que me daban el refrigerio, otros como pequeñín daban pañales, Winnie qué les da 10 pañales en el parto, una crema; eso es muy importante que es para mejorar lo del control post parto porque no regresan, es darles algo entonces aunque sea un paquete, eso es volverlas a ellas también como interesadas pero hay que atraerlas con algo que no sientan que sólo van cuando están embarazadas. Hay una fiesta que se hace para las embarazadas jóvenes, hay un aliado todavía el pediatra especialista en el adolescente y hay organizaciones que le ayudan a él en su fundación y él hace un estudio de cómo impacta en el embarazo el estado nutricional de la adolescente, las sigue a ellas en todo su embarazo y sigue sus bebés hasta los 6 meses y les da atención pediátrica, el doctor Julio César Reyna y a ellas antes de la resolución 412, él les hacía la prueba de VIH gratis, el toxoplasma, rubéola, les hacía todo el perfil de complejo y eso queda en la historia, o sea hacía un adelanto, ahora que eso está influyendo hay algunas cosas que él no las hace pero le siguen permitiendo, antes les pagaba el hospital a tiempo, la atención por ginecólogo, etc, ese paquete aún lo hace en la ciudad de Cali y en diciembre antes de empezar las fiestas hacen la fiesta de aguinaldo y ahí hace rifas, a todas les da mercado, cosas que las hacen sentir muy importantes, esa es una estrategia, se sienten importantes y se pelean por ir a la fiesta y a veces las mismas de este año asisten el siguiente año, esa es una crítica de la fiesta quede pronto ella se sienten tan bien que deciden embarazarse nuevamente, pero nosotros debemos estar ahí para darles educación, no deben ir a la fiesta solamente por que estén embarazadas y de hecho se han invitado a mujeres en edad fértil, una época donde se integraron sus parejas pero eso fue muy difícil, iba la pareja y le daban regalo, habría que hacer muchas cosas de integración que les permitieran saber que ellas no son sujetos de estudio por parte nuestra, son las mujeres que llevan el futuro de nuestra ciudad, yo siempre les digo "usted qué sabe si de pronto tiene el futuro médico de aquí de la ESE Oriente o un

profesor de la Universidad del valle, usted no sabe” estamos trabajando porque ese bebé salga en las mejores condiciones, no que salga para que repita cinco primeros o segundos, que salga bien, esas son mis expresiones dentro de su entorno para llamar su atención, no que estar en un sitio de mucha vulnerabilidad porque aquí también hay cosas muy rescatables y buenas; hace mucho tiempo la trabajamos con un grupo cultural, una red cultural que había en Agua Blanca subsiste aún con algunas limitantes de capacitar jóvenes y de que ellos se convirtieran en capacitadores, lo que pasa es que muchas veces las jóvenes se embarazaban, entonces nos decían “es que ellas no nos dan ejemplo”, tal vez no, tenemos que entender que es un entorno diferente pero hay que meterles la parte psicológica, habilidades para la vida, autoestima, autovaloración autoconcepto y eso lo trabajamos con el doctor; creo que hay una investigación con respecto a calidad de control prenatal en la maestría y hablamos siempre de los servicios materno infantil, de infraestructura y ahora seguimos hablando de lo mismo, probablemente habilitación me pide lo mínimo y yo no me debo quedar en lo mínimo yo debo continuar hacia la excelencia y si usted va a ver las instalaciones han cambiado mucho y no conozco la nueva sala de partos, la mayoría del nivel uno las han modificado, el personal ya entrenado se ha ido, hay mucho personal de urgencias que pasa hacer turnos y eso limita también el que yo pueda tener un estándar de trabajo, no es lo mismo aquella que nunca ha estado allí a la que ha estado porque la auxiliar tiene algunas responsabilidades; las personas que están egresando a veces no les gusta el área materno infantil por la responsabilidad, por el trabajo que ellos van a encontrar en esa área porque el grupo materno infantil ha sido priorizado mire que la rías materno perinatal es la fuerte es por todos esos estudios que se han hecho. Yo creo que en el cuidado tenemos que trabajar.

Me parece una muy buena investigación que nos den a conocer los resultados a través de la profe Gladys Eugenia yo voy a estar pendiente, me parece que es algo que hemos dejado de hacer por toda la carga administrativa que tenemos y hemos dejado de lado el cuidado, creo que el cuidado es importante para nosotros marcar diferencia y la podemos marcar tanto es así que en estos grupos sobresale la enfermera no porque cumpla órdenes médicas sino porque participa activamente de una revista, atención, entonces ese es nuestro ángulo y tenemos que retomar aquello que hemos perdido para las historias de enfermería, creo que están enmarcados en eso porque hubo un tiempo donde se formaban los docentes de enfermería con un corte muy gerencial administrativo pero honestamente yo digo esta área se sabe mandar, nuestros espacios los han tomado otras disciplinas, gerenciar los servicios lo ha tomado otras disciplinas que no tienen el bagaje administrativo, pedagógico e investigativo, usted cómo puede como odontólogo evaluar un auxiliar de enfermería, le mete los dedos a la boca al auxiliar porque le dices que se hace de esta manera yo no digo que no puedan aprender pero no les queda fácil.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Nos depoimentos transcritos, para a identificação das colaboradoras utilizou-se a inicial “E” da palavra “enfermeiro”, seguida da numeração de 1 a

12, que corresponde à amostra do estudo. Também conforme descrito na metodologia, os trechos analisados foram transcritos em português, mantendo o sentido da fala, como será apresentado neste capítulo.

O Quadro 4 mostra as Unidades de Registro e as categorias.

Quadro 1 UNIDADES DE REGISTRO E CATEGORIAS

UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA
O sentir da experiência da enfermeira frente ao cuidado da gestante	O papel, o sentimento e o conhecimento da enfermagem no atendimento à mulher no processo de gestação, parto e pós-parto, na Colômbia
Distanciamento do cuidado direto	
Reconhecem que elas têm capacidade para atender o parto de baixo risco e realizam positivamente o cuidado direto em todo o processo de parturição (pré-parto, parto e pós-parto)	
O papel da enfermeira no cuidado à mulher na etapa reprodutiva	
Percepção da enfermeira frente ao parto humanizado	
Percepção das enfermeiras na atenção à mulher em processo de parto e nascimento	
Mudanças na atenção do processo de parto e nascimento	Transformações na atenção do processo de parto e nascimento
Políticas de impacto na atenção à saúde da mulher	
Percepção das dificuldades e facilidades na atenção à gestante	Estratégias para atenção à gestante
Enfermeiras propõem estratégias para melhorar o atendimento à mulher gestante	

Fonte: A autora (2019).

Na categoria 1 “**O papel, o sentimento e o conhecimento da enfermagem no atendimento à mulher no processo de gestação, parto e pós-parto na Colômbia**”, foram identificadas seis unidades de registro detalhadas a seguir.

Na unidade de registro “**O sentir da experiência da enfermeira frente ao cuidado da gestante**”, nos depoimentos, cinco enfermeiras revelam sentimentos de gratidão na experiência do cuidado à mulher em seu processo de parturição ao fornecer um ambiente agradável, de ajudar no nascimento de uma nova vida, de lograr o objetivo de ver sair a mulher e seu filho em boas condições de saúde para sua casa, entretanto identificam-se como enfermeiras no ato de auxiliar, acompanhar e compreender essa mulher que vive um momento único de sua vida.

Minha experiência com relação ao cuidado da mulher em processo de parto e nascimento tem sido fascinante porque é o ato de ajudar uma mulher a dar vida, que esse milagre tão esperado seja cumprido em um ambiente caloroso e humanizado, onde não existam os julgamentos e realmente seja compreendido o processo que a paciente está tendo e seja permitido o acompanhamento no seu pré-parto, parto e pós-parto (E3).

É uma experiência bem gratificante, é dar vida a uma pessoa, é colaborar nesse processo de adaptação da vida intrauterina à vida extrauterina, é auxiliar a mãe para que seu recém-nascido tenha uma boa adaptação e um ótimo desenvolvimento durante sua infância (E8).

Na unidade de registro “**Distanciamento do cuidado direto**”, as falas de quatro enfermeiras revelam como o uso da tecnologia impactou diretamente no cuidado da gestante, perdendo a relação e o contato do enfermeiro-paciente, levando a desenvolver funções da área administrativa.

Eu acho que a tecnologia tem influenciado fortemente no cuidado, porque antigamente a gente se sentava, fazia a história clínica do paciente à mão com letra boa; agora com o uso do computador e os códigos, é totalmente fraccionada. Para mim a parte da integralidade do cuidado se perdeu pelo mesmo contexto de saúde, sendo que a tecnologia obedece mais a outros fins estatísticos, eu acho que a parte da humanização se perde muito e estou falando dos centros de saúde (E1).

Às vezes tenho percebido que durante a atenção têm sido perdidos um pouco o cuidado de trabalho de parto, o contato com a paciente para seus controles; anteriormente a gente ficava mais próxima dos pacientes, agora, pela tecnologia, o sistema de saúde, por tudo tem mudado; tudo é um computador, onde a gente fica mais de olho se salvou a anotação de enfermagem, se foram pedidos os medicamentos. Então já não se tem tempo para se sentar com a paciente dez minutos ou cada hora para ver como ela está, como está seu bebê (E6).

Não é que a tecnologia seja ruim, é que nós, às vezes, somos extremistas; por exemplo, em muitas mulheres se faz o monitoramento fetal, no entanto, muitos estudos têm mostrado que aumenta a incidência de cesarianas por suspeitar alterações vitais que finalmente não ocorriam, era a interpretação de uma prova. Às vezes, tanta tecnologia pode nos levar a tirar a paciente do processo natural do parto (E10).

Na Unidade de Registro intitulada **“Reconhecem que elas têm capacidade para atender o parto de baixo risco e realizam positivamente o cuidado direto em todo o processo de parturição (pré-parto, parto e pós-parto)”**, seis enfermeiras mostraram que, apesar de terem perdido participação no cuidado direto à gestante em suas diferentes etapas do processo, têm capacidade e conhecimento para atuar novamente na área, porque fornecem cuidado integral desde a parte física, psicológica e social.

Eu acho importante que a gente possa atender o parto de baixo risco, porque permite acompanhar a paciente desde o momento que ela chegou oito horas atrás, porque já estabeleceu uma relação de empatia e confiança com ela, e a gente pode perguntar em que posição quer ter seu filho, se quer a presença de seu parceiro. Tudo isso vem desde como tem sido preparada, a mulher sabe como deve respirar. Mas acredito que as instituições não estão preparadas desde o ponto de vista da tecnologia para isso, continua-se atendendo o parto em posição ginecológica (E1).

O cuidado de enfermagem é garantir que esse binômio mãe-filho (a) saia da clínica em ótimas condições e volte para casa; é garantir que a mulher tenha um parto bom, que não tenha complicações e monitorizá-la o tempo todo (E4).

É muito importante o papel que desenvolve a enfermagem na atenção, o primeiro contato que a paciente tem sempre vai ser com a enfermeira. A enfermeira verifica seus sinais vitais, realiza monitoramento fetal, é quem nesse primeiro contato determina o nível de risco da mulher (E8).

Eu penso sempre que o cuidado que fornece o enfermeiro (a) tem sido um cuidado integral, porque além de ver a parte biológica da mulher, também é vista a parte psicossocial (E11).

No que diz respeito à Unidade de Registro **“O papel da enfermeira no cuidado à mulher na etapa reprodutiva”**, oito enfermeiras descrevem as atividades de cuidado que desenvolvem na atenção diária à mulher em processo de parto e nascimento, reconhecendo a importância da educação e orientação à mulher e sua família, o cuidado integral fornecido pelo profissional de enfermagem e o contato estabelecido com a paciente desde o momento da admissão.

O cuidado desde o momento em que elas chegam está focado na educação; são utilizadas as bolas de pilates, orientamos quanto às posições adequadas que facilitem sua dilatação, se

ensina e são feitas para elas massagens, se fala em uma linguagem não técnica que seja acessível para elas. Qualquer dúvida, pergunta ou necessidade que elas tenham é resolvida; o tempo todo a gente está acompanhando-as. Praticamente recebem uma atenção personalizada, e isso é gratificante (E3).

Nós como enfermeiras durante o parto acompanhamos a mulher, a educamos, ensinamos fazer o pujo, como respirar, estamos observando para administrar a ocitocina na fase de dequitação e se a mulher não apresenta nenhuma alteração, então vamos atender ao recém-nascido com o pediatra, se ocorrer uma intercorrência ou uma hemorragia leve, nós auxiliamos o ginecologista na sutura e administramos os medicamentos (E4).

Temos um aporte importante além de permitir o ingresso do acompanhante, realizamos o contato pele a pele imediatamente, não se corta o cordão umbilical imediato e é algo que fascina porque se permite que a acompanhante faça o corte além de tirar a foto no momento para a lembrança deles; são imagens que não vão interferir com as partes íntimas da usuária por situações legais (E3).

Se faz educação em saúde para a gestante desde que ingressa; sobre a respiração, os cuidados no pós-parto, os cuidados ao recém-nascido. No puerpério, vigia-se o sangramento nas duas primeiras horas, se faz o controle dos sinais vitais a cada 15 minutos por duas horas, se acompanha no aleitamento materno, se orienta sobre as posições, as técnicas para um aleitamento efetivo e também se orienta o familiar (E4).

Pessoalmente quando chega a gestante em trabalho de parto, a primeira coisa que eu faço é estabelecer um plano de cuidados; como enfermeira, estabeleço desde o momento em que a paciente ingressa na instituição (E8).

No momento do trabalho de parto, nós estamos do lado da mãe, o médico recebe o bebê e começa a secá-lo coloca-o no peito da mãe e nós continuamos a secá-lo, deixando-os em contato pele a pele até que eles cortam o cordão umbilical quando para de pulsar; aqui cumpre-se o tempo regulamentado de deixar a mãe com seu bebê o tempo todo; posteriormente, tomamos as medidas antropométricas; para a mãe não se utiliza a ocitocina já que nós somos nível 1, só é utilizada na dequitação mas não para acelerar o parto; as amniotomias não se realizam de rotina, se é possível se deixa chegar as membranas íntegras até o último momento e só em alguns casos quando a mãe está perto da linha alerta se faz amniotomia, se faz prova de parto (cumprimento dos indicadores de trabalho de parto), a episiotomia também não se faz de rotina; aqui não se depila a mulher, não colocamos enema; quanto à alimentação, eu, por exemplo, deixo elas comer (E10).

Na Unidade de Registro designada como “**Percepção da enfermeira frente ao parto humanizado**”, nove enfermeiras mencionaram em suas falas aquilo que consideram ou conhecem sobre o conceito do parto humanizado, fazendo ênfase na educação, cultura e tolerância, no acompanhamento, respeito à mulher, controle da dor e do processo fisiológico.

Para mim, o parto humanizado é educar, ter um alto grau de tolerância com elas, porque o nível de dor para todas as mulheres não é o mesmo, há umas que sentem muita dor e outras que não; sempre procurar que a mulher seja acompanhada e que no trabalho de parto haja uma equipe de trabalho disponível para atender qualquer emergência, porque não é só falar bonito para ela e só a gente atender o parto (E4).

Parto humanizado não é só a presença dos familiares, vai desde a dor da paciente, diminuir a dor, desde o momento em que a pessoa toca a mãe e se apresenta para ela. A mulher não deve ser tratada como se fosse uma coisa, deve-se explicar para ela todo o processo, educá-la, ensinar como deve respirar, fazer entender que cada contração tem alguma implicação no corpo dela e no bebê; é permitir ao familiar participar da atenção; é garantir a confidencialidade, controlar a dor e a ansiedade; é ajudar para que tenha um parto oportuno (E5).

Parto humanizado é um grande avanço porque a mãe se sente mais confortável, mais tranquila, tendo em conta que o trabalho de parto e o parto são processos diferentes que implicam para a mulher muita dor, mudanças do corpo e envolver a família nesse processo é muito importante, também receber um trato amável, personalizado e digno que leva ela a ter um adequado trabalho de parto (E8).

Para mim o parto humanizado é que a mulher não tenha dor; eu acho que ausência de dor é que ela seja acompanhada, pois está dentro do parto humanizado a analgesia peridural, mas também é o acompanhamento da paciente tanto de quem está atendendo como de sua família (E6).

Tenho escutado que o parto humanizado faz referência a que a paciente tenha privacidade, que faça aquilo de que gosta; muitas vezes chegamos a proibir coisas porque sempre estamos pensando no risco, mas se ela se sente confortável desse jeito, devemos deixá-la (E7).

Parto humanizado é tratar que seja normal sem intervenções; que o parto seja uma experiência agradável para a mãe em que se forneça um cuidado adequado, que possa ter seu primeiro contato com seu bebê desde o momento em que nasce; se trata de que não exista separação e sempre este em contato com seu bebê; se orienta e se apoia tanto a paciente como sua família e

seja acompanhada pela pessoa de sua escolha, que inspire mais confiança para ela (E8).

Há evidências e estudos que demonstram que se realmente nós acompanhamos a mulher de outra forma, com respeito, dignidade pelo que está vivendo, vamos diminuir não só os riscos de mortalidade materna, também as cesarianas; contribuimos em algo muito importante que não tem medição e é que neste momento em que há observação de violência obstétrica, vamos diminuir os riscos de violar os direitos das mulheres (E9).

Tinha uma professora “doula” internacional que me disse “mais que parto humanizado, deveríamos falar de um parto animalizado” porque se olhamos para a natureza os animais estão ensinando para nós, eles não fazem violência, eles retiram-se para um espaço ou lugar onde querem parir, em silêncio, em paz, não gostam que ninguém toque eles. É por isso que eu louvo as recomendações da OMS, ensino e as compartilho e sou feliz sempre que falo com estudantes e vamos respeitar a mulher em seus momentos, não acelerar os seus tempos (E9).

Eu entendo que nossas políticas devem protegê-las e cuidá-las. Agora está se promovendo o parto humanizado, que a mulher possa estar acompanhada com uma pessoa, evitar administrar ocitocina e fazer episiotomia de rotina só quando realmente for necessário, fazer o minuto de ouro nos hospitais, depois a dequitação conjunta; inclusive temos recebido capacitações nesse sentido, mas uma coisa é quando se está recebendo, mas ao mesmo tempo não se cumpre (E10).

Humanização para mim refere-se a uma série de atividades que garantem um cuidado sem intervenção; por exemplo, nós trabalhamos muito com a conferência que se fez em Fortaleza/Brasil, que foi assumido pela OMS, então, em nossas salas já não se faz aspiração de rotina do recém-nascido; também eliminamos a depilação e a episiotomia de rotina; o mais difícil tem sido a parte do acompanhamento, procuramos que sempre estejam acompanhadas porque a realidade é que a mulher fica muito tempo sozinha em seu processo de trabalho de parto, sendo que os funcionários não alcançam para atender todas e ficar todo tempo ali (E11).

Na Unidade de Registro identificada como **“Percepção das enfermeiras na atenção à mulher em processo de parto e nascimento”**, para cinco enfermeiras, ficam evidentes aquelas atividades que fazem bem para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto, como aquelas que podem chegar a entorpecê-lo, ressaltando em suas falas a percepção da importância

do acompanhamento durante o processo como a violação dos direitos e o respeito à mulher.

Há maltrato psicológico à mulher no meio da atenção do parto; hoje a OMS tem publicado muitos artigos e muitas maneiras para refletir (E5).

Quando o familiar ingressa na sala, é gratificante porque a paciente sente-se mais tranquila e ainda mais quando é a mãe dela porque já conheceu seu processo, ela pode dizer “isso dói” “respira bem”; muitas vezes elas não nos ouvem, mas, sim, ao familiar; seria importante ter suas mães em trabalho de parto, mas não temos uma sala para elas ficarem o tempo todo (E7).

Com relação posição que elas gostariam de adotar durante seu trabalho de parto, depende dos médicos; às vezes, eles falam “assim não”; porém, eu falo, pode deixá-la porque em nenhuma parte diz em qual posição a mulher tem que parir (E7).

Na categoria 2, **“transformações na atenção do processo de parto e nascimento”**, são identificadas duas unidades de registro detalhadas a seguir.

Na Unidade de Registro **“Mudanças na atenção à mulher no processo de parto e nascimento”**, duas enfermeiras em suas falas mostram como ao longo do tempo a enfermeira perdeu seu papel de acompanhamento à gestante desde o pré-natal até o fim da gestação, evidenciando a importância de seu agir nesse processo.

Anteriormente nós identificávamos os fatores de risco e de acordo com isso remítamos a paciente ao médico ou continuava o controle pela enfermagem; atendíamos as pacientes de baixo risco obstétrico para posteriormente assistir o parto. Tínhamos participação direta e ativa na gestante de baixo risco (E1).

A insuficiência do ensino da área de saúde da mulher para o estudante de enfermagem dificulta o aprofundamento, sendo a causa principal o contexto de saúde do País.

Os estudantes de enfermagem depois da norma já não tinham participação direta no parto de baixo risco, então acompanhavam a paciente durante seu trabalho de parto, registravam os dados dependendo do estado dela e quando se encontrava em expulsivo, chamavam o médico, ele ficava de olho e levavam a paciente para a sala de parto; o médico ou estudante de medicina atendia o expulsivo e a estudante de

enfermagem em colaboração com quem circulava atendia ao bebê e realizava a atenção imediata dele (E1).

Na unidade de registro **“Políticas de impacto na atenção à saúde da mulher”**, três das colaboradoras mencionam as leis que impactaram na atenção da gestante, conforme as falas a seguir:

Nos anos 90, começou-se a ver a enfermeira sendo substituída pelo profissional médico, a enfermeira foi perdendo seu papel na atenção do parto, isso sendo influenciado pelo o contexto da lei 100 (E1).

Com a lei 100, o enfermeiro foi excluído da atenção do parto, que ficou sob a responsabilidade do médico, mais recentemente voltou essa responsabilidade para o enfermeiro, já que não foi possível só com os médicos atingir a cobertura de atenção (E11).

Quando a lei se normatizou através da resolução 412, com relação ao cuidado, ela exclui novamente o enfermeiro da atenção ao parto, ficando só como responsabilidade do médico, mas deram-se conta que se precisa do profissional de enfermagem para dar cobertura porque também garantimos um cuidado integral nesse processo. Agora autorizam novamente o enfermeiro na atenção direta ao parto (E11).

Sete das enfermeiras falaram das mudanças positivas que influenciaram no atendimento à mulher no processo de parto e nascimento. Seguem as falas:

O sistema de saúde quanto à gestão da mulher grávida tem mudado muito; ele está trabalhando para beneficiar o cuidado à gestante; no entanto, às vezes, aparece a mulher mal direcionada, aquela que foi às consultas pré-natais, mas não realizaram todos os procedimentos necessários; mas com as novas políticas, observa-se que o sistema de saúde, as EPS, IPS estão cientes de que a gestação é um período de risco para a mulher e deve ter alguns cuidados, grande parte deles focados para diminuir os riscos (E8).

Agora, por exemplo, tem um kit de emergência obstétrica em sala de partos como é estabelecido na nova resolução, antigamente não tinha, a gente tinha que sair correndo buscar as coisas na farmácia, agora tem para atender qualquer emergência; assim a gente já não precisa ir em busca, abrimos o carrinho de emergência e ali estão todos os medicamentos necessários para atender o código vermelho (esquema de trabalho organizado para atender uma hemorragia obstétrica,

em que a equipe assistencial consegue seguir os passos indicados sem perder o objetivo) (E4).

Nós começamos a trabalhar para a profissionalização do cuidado materno, esse foi um dos primeiros passos do sistema de saúde para resgatar aquilo que havia se perdido; então, neste momento, de acordo com a lei, o profissional enfermeiro acompanha a gestante, o médico faz o primeiro controle da gestante de baixo risco e depois continua com a enfermeira até a semana 36, e se encaminha para o médico, que a orienta para a atenção ao parto (E11).

Na categoria 3 **“Estratégias de melhoria para atenção à gestante”**, são identificadas duas unidades de registro detalhadas a seguir.

Na Unidade de Registro **“Percepção das dificuldades e facilidades na atenção a gestante”**, onze enfermeiras descreveram as barreiras da atenção à gestante tanto do sistema de saúde como dos profissionais.

Entre as dificuldades, falaram da falta de educação da gestante no controle pré-natal.

Temos encontrado bastante dificuldade na parte do controle pré-natal porque não há feedback (E2).

Há dificuldade quando tem sido feito ou não se realizou tudo o cumprimento do processo do controle pré-natal e durante o trabalho de parto, nesse sentido, criam-se lacunas (E5).

Entre as dificuldades, eu penso que quando a paciente chega desinformada, ela já vem predisposta ao sofrimento, ela pensa que não vai ter um processo natural do parto (E8).

O impacto do contexto do sistema de saúde da Colômbia:

O sistema de saúde da Colômbia realmente é um tema preocupante, a atenção ao parto é por urgência, nesse sentido tudo aquilo que chega pode-se atender, mas quando não são autorizados, nada pode ser feito. Então nem todas as mulheres têm as mesmas oportunidades (E3).

Aqui saem com métodos de planejamento familiar segundo escolhidos por elas, tendo em vista que está estabelecido nos direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, algumas EPS permitem implante subdérmico, já para outras não, então algumas saem com um método que praticamente o sistema impõe e não aquele que elas desejam (E3).

A mulher não pode parir onde ela deseja, só onde exige o sistema de saúde (E3).

A Colômbia tem um sistema de saúde bom, é completo; às vezes se vê perturbado pelos altos mandos médicos e políticos, mas assim tratamos de que essas coisas não sejam tão visíveis e não afetem a atenção da mãe, do recém-nascido e do seu entorno; mas considero que ainda falta muito para melhorar quanto à oportunidade e acessibilidade e tudo aquilo que tem a ver com promoção e prevenção da saúde (E6).

Eu estaria de acordo que a materna e que todo mundo tenha o mesmo sistema de saúde, que não existam tantas barreiras. O sistema de saúde tem influenciado muito nos atrasos da atenção e de ver se a paciente tem alguma doença ou se vai ter algum risco mais para frente durante sua gestação, isso também é uma barreira. Anteriormente, era possível ingressar a paciente de X ou Y EPS, isso era primordial; agora se é do regime subsidiado ou contributivo, as EPS só têm convênio com algumas instituições, então se frustra um pouco a atenção da mulher porque se não é uma urgência e pertence a outra clínica, ela tem que ser redirecionada. Eu acho que essa é uma barreira direta na atenção da gestante, tem a ver muito com o fim lucrativo, sendo o primordial na atenção o binômio mãe-filho (E6).

Neste sistema de saúde em que é mais importante a produtividade, é difícil fornecer um cuidado integral que seja humanizado, porque estão nos avaliando pelo número de atividades que a gente faz, não como faz, é isso que tenho identificado (E11).

A gestação e o parto no conceito de risco:

A lei fala muito que a mulher deve decidir, mas na prática não é isso que acontece, não se fala do parto, às vezes torna-se punitivo, “a senhora vai sofrer”, “eu sugiro uma cesariana”, “você é covarde?”; nesse sentido elas procuram a facilidade, às vezes, nós profissionais a incitamos a isso (E3).

Nós temos trabalhado na cultura do medo onde só falamos dos fatores de risco, então fazemos com que a mulher tenha medo ao invés de promover tranquilidade, dizer para ela “você pode”. O corpo da mulher está preparado para ser mãe, sua anatomia e fisiologia vão se condicionar porque há uma dança de hormônios que vão circular durante o parto. E a ocitocina, que é o hormônio da felicidade, é que vai permitir que a pélvis se expanda, é esse hormônio que temos que gerar, mas nós bloqueamos justamente quando começamos a fazer procedimentos cirúrgicos inadequados (E9).

Em teoria, eu poderia dizer que me sinto preparada para atender um parto de baixo risco, mas cada entidade tem seus próprios protocolos e políticas institucionais e a gente deve se

basear nisso. Acredito que ainda tenho que aprender muito porque todo corpo e toda paciente são totalmente diferentes; uma paciente pode ser de baixo risco, mas nós não sabemos o que vai acontecer no momento do parto (E5).

As limitações das instituições de saúde, da infraestrutura e dos profissionais:

O acompanhamento do familiar de forma permanente ainda não está implementado; algumas instituições já estão permitindo, mas, às vezes, são colocadas barreiras se o acompanhante não participou do curso de preparo psicoprofilático, se não tem o consentimento, a mesma administração põe barreiras, tem que passar por três ou quatro mãos para obter uma autorização (E6).

Temos, por outro lado, as limitações de infraestrutura, as salas estão feitas para que a família não entre e isso limita; as limitações institucionais ou nosso modelo de atenção; na nossa sala não é permitido o ingresso do acompanhante; isso exige mais do pessoal e estar com eles, porque nós somos pessoas estranhas para a paciente nesse momento em que vai parir, então, é necessário que ela possa encontrar em nós um suporte e que sinta que as pessoas que estão acompanhando ali estão cuidando (E10).

Nós hospitalizamos o parto, adoentamos a mulher, fazemos que ela vire uma paciente como se tivesse uma doença, a tratamos desse jeito; então ela chega, colocamos acesso venoso, fazemos exames, colocamos ela em um leito e a separamos da família, e a gente se limita nesse sentido (E10).

Quanto às facilidades, quatro falaram sobre a disposição da gestante e da sua família na participação ativa do controle pré-natal e de todo seu processo de gestação, conforme a seguir:

Há facilidade quando a mãe e o familiar são receptivos, quando tem feito um controle pré-natal bom e tem realizado todas as capacitações. Tudo se inicia com a educação (E5).

O trabalho em equipe:

Trabalhamos em equipe para prestar uma atenção adequada, eficiente e obter melhores resultados. Também o plano de cuidados é estabelecido pela equipe assistencial, médico, enfermeira e os auxiliares de enfermagem (E8).

O contexto do sistema de saúde:

Agora temos uma rede de maior cobertura, neste momento se precisasse de um nível maior de atenção, a mesma EPS se encarrega de encaminhá-la; a EPS envia a ambulância para levar

a paciente. Também temos as capacitações do Ministério da Saúde (E8).

O sistema de saúde facilita em algo que não tínhamos anteriormente e é que se pagava pelo parto, tinham que levar insumos para sua atenção; às vezes, se pedia para elas a vitamina k para o bebê, sonda para realizar enema, entre outros. Quando chegou o regime subsidiado, uma maravilha, porque as pessoas já não têm que pagar, tem os controles que são gratuitos, já não tem recusa (E10).

O cuidado humanizado pelo profissional de enfermagem:

Uma das maiores facilidades que eu acho que tem resultado é falar com a mulher, ouvir ela, educá-la. É o primordial na atenção binômio mãe-filho (E6).

Na Unidade de Registro denominada **“Enfermeiras propõem estratégias para melhorar o atendimento à mulher gestante”**, as doze enfermeiras propuseram estratégias para melhorar a atenção da gestante, entre as quais, nomearam, a educação e captação da gestante no controle pré-natal:

A estratégia principal para que uma mulher tenha uma experiência mais positiva de seu parto é no momento em que a gestante entra no pré-natal, tudo começa ali, porque esse profissional que está nesse vínculo é quem vai dar as orientações e facilitar que compreenda, para poder identificar os fatores de risco (E2).

Eu acho que a educação e a cultura ajudam para que a paciente e sua família fiquem em alerta ao que a mulher possa apresentar, também explicar quando o bebê já nasceu (E6).

A educação é uma grande estratégia, permitir que o familiar a acompanhe durante o trabalho de parto e todos os cuidados que podemos fornecer como equipe de saúde para conseguir que o trabalho de parto e parto. Que estes sejam processos agradáveis que é o que a paciente espera e levar o seu recém-nascido para casa (E8).

A implementação das recomendações da OMS:

Eu penso que a implementação de bolas de pilates, temos também imagens das posições que elas podem adotar para ajudar em seu processo de dilatação, elas gostam porque se sentem relaxadas, sentem que o bebê não as incomoda estando sentadas e também é favorável pois dilata mais rapidamente. Outro dos cuidados é que quando elas estão tensionadas e o

processo não avança, nós fazemos para elas massagens nas costas, na pélvis e dissemos para elas “que se tranquilizem” e ensinamos como têm que respirar (E3).

A paciente não pode ser vista como uma única pessoa, temos que ver ela como uma rede de pessoas que estão tanto para o benefício da mãe como do bebê; dentro deste processo, deve-se levar em conta o fator sociocultural, econômico e demográfico, o que faz com que haja uma boa acessibilidade às pacientes para qualquer clínica de Cali (E5).

Na atenção, há muitas coisas, na parte confidencial, a organização do entorno delas, que ela se sinta confortável num local agradável, o respeito à intimidade da paciente, que ela se sinta bem ao estar com várias pessoas, que faça escolha das pessoas que quer ter a seu lado e fornecer uma boa comunicação (E5).

Uma estratégia, sem dúvida, é o acompanhamento permanente que em muitas ocasiões não é feito, mas nós queremos chegar a isso, só que há umas condições de infraestrutura que não permitem que se realize, mas o objetivo é chegar a isso, que se cumpram as normas institucionais em benefício da mãe (E5).

É importante que o familiar acompanhe a mulher, que ela possa decidir em qual posição deseja ter seu bebê; tivemos indígenas que se jogam no chão, inclusive tivemos que colocar o lençol para que ali nasça seu filho, já que isso faz parte da cultura, só que não é a nossa (E10).

Profissionais qualificados para atender a saúde da mulher:

É muito importante onde seja assistido o parto, sendo mesmo de baixo risco, o pessoal seja capacitado (E4).

É importante que a pessoa que esteja, seja o auxiliar de enfermagem, o médico, secretária, fisioterapeuta; se vão trabalhar com as mães, seja por vocação e gostem, porque assim como eu estou dizendo que deve haver famílias e entornos tolerantes, nós devemos começar por isso, devemos ter respeito para com as pacientes (E5).

Como sugestões para melhorar a atenção da mulher em trabalho de parto e parto, tem que ver com os profissionais da saúde, enfermeiras, pessoal da área administrativa, que o design das áreas permita a participação da família, que o pessoal da saúde realmente seja treinado para atender o parto, que é um processo natural, e seja visualizado desse jeito, não como uma doença, aliás as pessoas que trabalham nesta área devem gostar dela, as pessoas que não gostam das gestantes não vão dar o melhor para atender as mulheres (E10).

Uma sugestão que faço desde a formação é como formar o profissional, o auxiliar; às vezes, aos docentes, falta integralidade e somos biologicistas, produto de uma formação;

damos maior importância ao biomédico e, às vezes, deixamos do lado a parte psicossocial e cultural (E11).

O aconselhamento preconcepcional:

Eu acho que deveríamos reforçar as consultas de aconselhamento preconcepcional, abordar a população em idade fértil, capacitá-la e educá-la para que seja ciente da gravidez não desejada ou gravidez acidental e tudo aquilo que tem a ver com promoção, prevenção e controle pré-natal; isso seria um dos grandes planos de melhora, já que temos como fortaleza o curso de preparação para a maternidade e os profissionais que o fazem; mas não temos organizado o ciclo para que isto seja visto como deve ser (E5).

Atualização contínua dos profissionais e estabelecimentos:

A área de sala de partos requer que os estabelecimentos sejam atualizados continuamente, as normas que emite o Ministério da Saúde e proteção social sejam revisadas e acima de tudo tentar estabelecer um plano de atenção que nos ajude no manejo da paciente (E8).

Quando eu acho que há um ponto de chegada, esse é meu ponto de partida; então, é ser aprendiz permanente da vida das mulheres, de toda mulher que vem até mim para que eu cuide dela, essa é uma mulher com a qual eu tenho que aprender (E9).

Como sugestão, eu penso que devemos continuar fortalecendo os profissionais de enfermagem no que se refere ao cuidado, mas especialmente para acompanhamento dos profissionais em serviço (E11).

Diminuição das barreiras impostas pelo sistema de saúde.

Há muitas sugestões com relação ao parto e condições de habilitação; as instituições têm que considerar o acompanhante, seja o esposo, a mãe, a avó, alguém que seja significativo para ela. As estratégias de captação tendo aliados em instituições de educação superior quando vamos praticar, ONG (Organização não Governamental), os mesmos líderes formados da comunidade (E12).

5. DISCUSSÃO

Em conformidade com a análise em história oral, para este estudo a história oral híbrida, as narrativas foram discutidas com documentos de caráter científico, histórico e literário na área de saúde da mulher com relação ao cuidado de enfermagem na visão do parto humanizado, sendo construído a partir de cada uma das categorias estabelecidas no capítulo anterior.

Após a análise os dados da primeira categoria se relacionam com o papel que desenvolve a enfermeira na atenção da mulher no ciclo gravídico puerperal, a experiência frente a esse cuidado, a capacidade de assistir a mulher nas diferentes etapas do ciclo reprodutivo e as barreiras que limitam a humanização do cuidado e a relação enfermeira-paciente.

Nota-se nos relatos que cada enfermeira vivencia a experiência de cuidar de forma diferente, expressando sentimentos de gratidão, felicidade, satisfação, sendo todos positivos após contribuir no processo do nascimento de uma nova vida e no alcance do bem-estar do binômio mãe filho, um sentimento que poderia ser definido como a satisfação laboral do profissional.

A satisfação laboral na vida de uma pessoa é de grande importância porque dá valor àquilo que desenvolve para sua superação pessoal e profissional. É definida como um estado emocional positivo que se relaciona com a percepção subjetiva das experiências laborais do próprio trabalhador a respeito da atitude frente a seu labor (SILVA, 2004).

No contexto da presente pesquisa, é possível perceber que as enfermeiras que trabalham na área da obstetrícia, neste caso assistindo a mulher em processo de parturição, expressam esse sentimento ao ver a mãe e o filho em boas condições de saúde depois de ter realizado ações de cuidado.

Estudo realizado por Milena Arias Jimenez em 2004, na Costa Rica, sobre a influência que tem o sistema organizacional na satisfação laboral de enfermagem, apontou fatores que influenciam diretamente, destacando-se, entre eles, a comunicação, a liderança, a motivação e a reciprocidade (JIMÉNEZ, 2007). Se refletirmos sobre esse aspecto, perceberemos que são fatores que, além de possibilitarem um desempenho laboral individual adequado e o trabalho em equipe multiprofissional, também influenciam

diretamente na relação do profissional da saúde com o paciente, sendo indicadores qualitativos de reciprocidade as manifestações de agradecimento de uma mãe e sua família após a atenção do parto pela equipe de enfermagem.

Em conformidade com o anterior, um estudo realizado em uma maternidade pública de Teresina/Brasil em 2016, corrobora que há reciprocidade quando as mulheres são cuidadas humanamente, pois os resultados mostraram que as puérperas se sentiram acolhidas pela equipe de enfermagem porque foram apoiadas psicologicamente, respeitaram seus tempos e houve uma comunicação boa e compreensível (SILVA et al., 2017).

Para tanto, a Política Nacional de Humanização Brasileira adota uma das ferramentas mais efetivas para o atendimento ao usuário, a comunicação, que facilita o acolhimento nos serviços de saúde e auxilia na permanência deles, assim o cliente responde de forma satisfatória ao tratamento (BRASIL, 2014).

Ainda existem, no entanto, limitações na construção de uma comunicação efetiva, sendo expresso, neste estudo, o uso inadequado da tecnologia, fator que causa distanciamento do vínculo entre a enfermeira e a mulher, o que contribui para a perda da humanização e para a integralidade do cuidado.

Diante do exposto, é possível observar semelhança nos relatos das colaboradoras com os resultados de um estudo realizado no Rio Grande do Sul, cujo objetivo era conhecer a percepção das puérperas em relação ao atendimento no serviço de saúde, identificando que uma das fragilidades era o uso indiscriminado da tecnologia, uso que, muitas vezes, fragmenta o cuidado, porque é mais centrada nas demandas médicas e na produção de saúde, quando o centro de cuidado deveria ser a própria mulher (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Há evidências científicas que mostram que a realização de alguns procedimentos na gestação e no processo de parturição melhora os resultados obstétricos, mas o uso inadequado também pode prejudicar a mulher e sua família (LEAL et al., 2014), chegando a produzir eventos adversos por intervenções desnecessárias, que se tornam mais medicalizadas, em detrimento da preparação para o parto natural.

Para tal sentido, é importante reconhecer que a tecnologia salva vidas e que os avanços se têm logrado mudanças positivas em benefício do usuário, porém deve ser utilizada conforme as necessidades do paciente sem exceder seu uso.

No processo de cuidar, a enfermeira pode adotar tecnologias leves, não invasivas e de baixo custo, sendo a escuta, a compreensão, o acolhimento, o vínculo e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor formas de corresponder à promoção da saúde e do cuidado terapêutico, em direção às diretrizes de humanização e integralidade, que abrangem ações além de uma atenção em saúde (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

A humanização do cuidado é o modelo que se quer alcançar na atenção à saúde e, principalmente, na assistência à mulher no período gravídico puerperal, conforme recomendações da OMS, as quais se contrapõem ao modelo biomédico que vem sendo utilizado na atenção da gestante e que evidências científicas mostram a necessidade de serem implementadas na assistência para o bem-estar emocional, físico e social da mulher e sua rede de apoio.

Floyd (2001) analisa os modelos contemporâneos de atenção ao parto observados principalmente nos Estados Unidos, os quais são disseminados pelas instituições como uma réplica das ações. A autora menciona que a medicina ocidental se baseia na ciência, na tecnologia, na economia e menos no contexto cultural, definindo o Modelo Tecnocrático do nascimento como uma separação em que o indivíduo é dividido em componentes para o melhor entendimento, sendo este distanciado de seu contexto e de tudo aquilo que se relaciona a ele, separando o corpo humano da mente humana e a experiência do parto do fluxo da vida (FLOYD, 2001, v. 75, p. 5).

O Modelo Tecnocrático deve transcender para o modelo humanizado de atenção ao parto, no qual, segundo uma revisão bibliográfica feita em 2013, o Departamento de Saúde do Reino Unido realiza um informe *Changing Childbirth*, cujo modelo se baseia principalmente em três princípios. O primeiro princípio faz referência ao cuidado centrado na mulher, permitindo que ela sinta o controle daquilo que está acontecendo, possa decidir sobre seu cuidado, também faz ênfase na comunicação e no diálogo entre o profissional e o usuário (GARRIDO; TRICAS, 2013). O segundo princípio corresponde ao

acesso de toda gestante aos serviços de saúde que respondam às suas necessidades fisiológicas, emocionais, estruturais e de direitos (GARRIDO; TRICAS, 2013), mas este princípio não está sendo atendido na Colômbia, pois foi narrado por algumas enfermeiras que a usuária não tem a possibilidade de fazer escolha da instituição para atenção do parto, é o sistema que impõe com base na criação das EPS e nos regimes subsidiado e contributivo, pela Lei 100, de 1993.

O acesso também se vê limitado pelas barreiras impostas pelo Sistema de Saúde, pois a área administrativa, às vezes, dificulta a autorização de procedimentos que acabam por atrasar a atenção da gestante e favorecem o incremento do risco; aliás, todas não têm as mesmas oportunidades.

Enquanto as dificuldades assistenciais estão relacionadas à infraestrutura, à falta da presença do acompanhante e a decisões culturais, pois não são respeitadas as escolhas da mulher e de sua família, que é o momento privativo do nascimento, não se responde de maneira integral às suas necessidades.

E o terceiro princípio do informe Changing Childbirth afirma que as mulheres devem participar dos serviços de saúde para a maternidade e que eles se adaptem às suas necessidades, correspondendo a um cuidado eficaz e ao uso de recursos de forma eficiente (GARRIDO; TRICAS, 2013). O Sistema de Saúde da Colômbia, conforme relato de uma das enfermeiras, prima pela produtividade, pelo número de atividades realizadas ao invés de primar pela qualidade do serviço prestado, havendo falta de recursos, fatores que terminam por dificultar a atenção.

Nesse sentido, extraiu-se do presente estudo que é mais difícil prestar um cuidado humanizado e integral que se sustente nas recomendações da OMS e nas evidências científicas. Para tal, são necessários a implementação de políticas de humanização, o aprofundamento do cuidado para a gestante pela equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde e o empoderamento da mulher que fomente a tomada de decisões e participação como protagonistas de seu cuidado.

Estudo conduzido por Santos (2016) por meio de uma pesquisa bibliográfica mostra desumanização mesmo quando existem políticas e leis que garantem os direitos da parturiente, mas que não são respeitados, nesse

sentido, os médicos e suas equipes se sentem apoiados pelas instituições ao saber que não serão punidos. Para tanto, são necessárias leis específicas e punições para os profissionais da saúde, além de reeducá-los para que forneçam o devido grau de humanização no parto (SANTOS, 2018).

É fato que uma das competências mais importantes da enfermagem é a educação em saúde para o usuário na promoção da saúde e prevenção da doença, sendo um instrumento de acréscimo de informações que possibilita a autonomia no cuidado à saúde. Nessa perspectiva, é necessário educar a mulher em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, fazendo maior ênfase no pré-natal, sendo que ela se prepara física e psicologicamente para a maternidade e o parto (RIOS; VIEIRA, 2004).

A despeito do presente estudo, as enfermeiras mencionaram que para a mulher ter uma experiência mais positiva de seu parto vem desde o momento em que entra no pré-natal, porque cria um vínculo com o profissional que vai orientar sobre as mudanças físicas, fisiológicas, emocionais, cuidados, recomendações e riscos, que podem facilitar a compreensão da mulher e sua família e o atendimento no seu processo, no entanto, às vezes se omite informação e quando chega o momento do parto, se evidencia a falta de conhecimento e de ações educativas que levam a entorpecê-lo.

Em conformidade com o parágrafo anterior, estudo realizado em São Luís do Maranhão, a respeito das ações educativas no pré-natal conduzidas pela equipe de enfermagem, identificou que o tempo da consulta para educação depende da demanda de pacientes, que, quando se torna alta, ela dificulta a realização de ações educativas pela quantidade de informação a ser preenchida, sendo frequentemente detectada na primeira consulta. A desinformação e a falta de conhecimento são evidenciadas no último mês de gestação por alterações advindas da gravidez e do despreparo para a experiência do parto (RIOS; VIEIRA, 2004).

Por outro lado, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, Brasil, que tinha por objetivo descrever a experiência das gestantes no pré-natal de baixo risco, na consulta de enfermagem com a utilização da Estratégia Saúde da Família e a atenção à saúde da mulher (ESF), mostrou que a implementação de um serviço de saúde com a participação da comunidade se forma por meio de vínculos entre o profissional e o usuário, o que beneficia a

autonomia do cliente e também da equipe de saúde (FELICIANO; PRADEBON; DE LIMA, 2013).

É conhecido que a educação em saúde é um componente fundamental do cuidado de enfermagem pelo vínculo que cria com a gestante e sua família na atenção pré-natal, durante o parto e pós-parto. Para tanto, a educação no momento do parto representa a troca de experiências e saberes, além de fortalecer as relações interpessoais entre os profissionais, a mulher e sua rede de apoio, o que contribui para a qualidade da atenção (CAMPOS et al., 2016). As competências da enfermagem vão além dessas ações de cuidado, elas podem se fundamentar nas boas práticas da Política de Humanização estabelecida pela OMS.

Uma revisão integrativa feita em 2014 com relação à importância da enfermagem no parto natural humanizado indica que a humanização implica o acolhimento da mulher e suas necessidades, atendendo suas angústias, preocupações, dúvidas, em tal sentido contribuir na resolução de problemas. A enfermeira obstetra é valorizada pelas mulheres porque está em contínuo acompanhamento no processo de parturição, fornece um ambiente confortável em que as parturientes se sentem mais seguras, além de identificar os riscos ou intercorrências que podem ocorrer (CAMPOS et al., 2016).

Uma questão chave que tem sido encontrada na literatura é a necessidade de capacitar e atualizar continuamente as enfermeiras para que reconheçam a cultura de cada mulher, pois desta forma o profissional poderá interpretar a vivência do parto de forma distinta (CAMPOS et al., 2016), o que confirma o relato de uma das enfermeiras do presente estudo ao dizer que elas devem ser aprendizes permanentes da vida das mulheres porque cada uma tem algo para ensinar e, portanto, deve ser respeitada e valorizada em seu contexto cultural.

Outro aspecto que chama a atenção nesta revisão são as boas práticas durante o trabalho de parto e a importância do papel que exerce a enfermagem na realização de cuidados não farmacológicos para alívio da dor. O respeito da fisiologia do trabalho de parto possibilita que a mulher seja autônoma em todo seu processo de parturição, garante a privacidade, envolve a família da gestante na atenção, permite que a mulher faça a escolha do seu acompanhante, evita, dentro do possível, práticas de intervenção

desnecessárias para que o processo do parto transcorra naturalmente e informe à paciente sobre cada procedimento a ser feito (CAMPOS et al., 2016). Estas ações descrevem a humanização do parto.

Neste estudo, para as enfermeiras, parto humanizado significa educar e aceitar a mulher no processo de parturição, permitir a presença do acompanhante pelas vantagens que traz, garantir a confidencialidade e privacidade que ela merece, fornecer um cuidado individualizado, respeitar a posição que a mulher quer adotar para o parto, controlar a dor através da administração de analgesia peridural, respeitar os tempos de cada mulher e a diminuição de procedimentos invasivos na procura de um parto natural.

Nesse sentido, é possível determinar que as enfermeiras na Colômbia reconhecem os benefícios da realização de boas práticas e de atender humanamente a parturiente; no entanto, ainda existem vazios e preconceitos em relação a algumas ações como a alimentação durante o trabalho de parto, as diferentes posições que a mulher tem direito a adotar, havendo, porém necessidade de uma orientação com maior aprofundamento na implementação do parto humanizado, já que na Colômbia ainda não foi adotado este modelo.

Conforme os depoimentos e o levantamento da literatura, a Secretária de Saúde de Cali tem envidado esforços na busca do resgate do parto natural com a divulgação e utilização das Guias de Prática Clínica para a Prevenção, Detecção Precoce e Tratamento das Complicações da Gravidez”, Parto ou Puerpério”, pelos profissionais da saúde (Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias, 2013), Projeto de Lei número 063 de 2017, Lei do Parto Humanizado (RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO, 2017, p. 6) e a Estratégia IAMI “Instituições Amigas da Mulher e a Infância”, que estabelece alguns critérios globais e pertinentes para a atenção integral na gestação, parto, período neonatal e crescimento e desenvolvimento, conforme a normatividade do Ministério de Proteção Social e os direitos da mulher e da infância (MINISTÉRIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA; UNICEF, 2011).

Deve-se, contudo, considerar a atualização dos profissionais para as boas práticas de atenção ao parto argumentadas em evidências científicas e

políticas internacionais que estejam melhorando a qualidade da atenção para a gestante e priorizando a humanização do cuidado.

A segunda categoria trouxe a revisão de temas relacionados com o papel que a enfermagem vem desenvolvendo ao longo da história e na atualidade na área de saúde da mulher, sendo que as mudanças positivas e negativas na atenção e as políticas têm impactado o cuidado da gestante prestado pela enfermeira nas diferentes etapas do ciclo reprodutivo.

Conforme narrativas das colaboradoras, destaca-se que o papel da enfermeira na atenção primária, especificamente no pré-natal, tem sido orientar a gestante, educá-la, identificar o nível de risco obstétrico, encaminhá-la para a realização dos exames em cada trimestre, para a preparação para o parto, o aleitamento materno e a maternidade.

Para tanto, os resultados deste estudo com relação ao pré-natal feito pela enfermeira são semelhantes aos encontrados num estudo desenvolvido no Brasil, o qual encontrou que o pré-natal envolve uma série de ações para a gestante, que visam à manutenção e à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à detecção precoce de riscos. Objetivam ainda garantir a evolução fisiológica da gestação, preparar a mulher para o parto, puerpério e o aleitamento, acolhendo o companheiro e a família da gestante, levando em consideração aspectos socioculturais que englobam as particularidades de cada uma no sentido de criar um ambiente e um vínculo de confiança e segurança que permitam sua adesão na consulta (DUARTE, 2012).

Outra das funções da enfermagem mencionada pelas colaboradoras neste estudo foi a participação que a enfermeira tinha anteriormente na atenção direta do parto de baixo risco e que hoje já não tem mais, pois, aproximadamente na década de 90, o parto passou a ser atendido exclusivamente pelo médico, sendo a enfermeira relegada a atividades secundárias.

Finalizando o século XIX, os obstetras uniram esforços para gerar transformações da assistência ao parto com a finalidade de promover o parto institucionalizado e eles terem maior autonomia e controle; no entanto, aquela transformação não foi fácil, as mulheres se recusavam a sair de suas casas e serem atendidas em hospitais por médicos que cada vez mais realizavam

práticas intervencionistas, mostrando uma imagem de conhecimento da evolução científica (PONTES et al., 2014).

No século XX, na Colômbia, foi estabelecida a Lei 100 de 1993, pela qual houve mudanças importantes com relação à responsabilidade do profissional envolvido na atenção ao parto de baixo risco. Esta lei deu total poder ao médico para atender diretamente o parto, e a enfermeira foi excluída, passando a auxiliar ao médico, conforme descrito na Resolução 412 de 2000 na Norma Técnica de Atenção ao Parto (REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, 2000).

Diante disto, essa mudança fragmentou o papel da enfermagem na atenção à mulher no processo de parturição não só no que concerne ao cuidado, mas, também, prejudicou a formação da enfermeira, sendo que a estudante já não tinha a oportunidade de atender a mulher nesse processo e ter um aprendizado mais prático, com cuidado direto à gestante de baixo risco; porém, segundo os relatos das enfermeiras, o ensino das universidades conforme a norma deixou de se aprofundar na área.

Hoje, pela Resolução 3280 de 2018, o enfermeiro especialista em materno-perinatal é autorizado novamente a atender diretamente o parto normal. Esta resolução adota os lineamentos técnicos e operativos da “Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Manutención de la Salud e Atención en Salud para la Población Materno-Infantil”, fazendo-o responsável pelas funções de identificação de fatores de risco biopsicossociais, doenças associadas e próprias da gravidez, pela construção de um plano integral do pré-natal e pela atenção do parto conforme a complexidade do estado de saúde da gestante (ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, 2017).

No Brasil, o exercício do Enfermeiro Obstetra está regulamentado pela lei n. 7.498, de 1986, e pelo Decreto n. 94.406, de 8 de julho de 1987, que dispõem sobre as ações e atribuições do especialista. Considerando a Resolução da COFEN nº 477/2015, que dispõe sobre a assistência às gestantes, parturientes e puérperas, a Resolução COFEN nº 478/2015 normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz nos Centros de Partos Normais e/ou Casas de Parto (COFEN, 2015).

Os profissionais portadores de diploma ou certificado de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz estão autorizados fazer parto normal, sem distócia, visando à redução da mortalidade materna e perinatal, atuando conforme competência legal de promover assistência obstétrica, além de todas as atividades de enfermagem, embora a ênfase seja na promoção da saúde da mulher e na assistência da mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto (COFEN, 2015).

Nessa perspectiva de formar profissionais qualificados, a World Health Organization (WHO) produz os Global Standards for the Initial Education of Professional Nurses and Midwives, que são todos os projetos para o ensino da obstetrícia no mundo, contendo as ferramentas necessárias para a formação do especialista qualificado, que pode fornecer à mulher grávida e à sua família práticas seguras e uma atenção de qualidade. Os standards são continuamente avaliados e reestruturados conforme as necessidades da população de gestantes e seus entornos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Sendo visíveis esses princípios para todos os países que estão formando enfermeiras obstetras, surge a necessidade de vinculá-los aos serviços de saúde na criação de programas estruturados de educação continuada para o desenvolvimento de profissionais que potencializem o trabalho em equipe multiprofissional, com a finalidade de mudar os modelos hegemônicos, tanto da formação quanto da atenção, para que atuem conforme a realidade social e o contexto de saúde (SILVA; SEIFFER, 2009). Para tanto, a Colômbia pode adotar esses princípios nos programas de educação continuada do enfermeiro obstetra e nos serviços de saúde para seu adequado desenvolvimento na sua área.

E a terceira e última categoria engloba temas relacionados com a implementação de estratégias que contribuam para melhorar o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal conforme as dificuldades e facilidades percebidas na atenção pelas profissionais de enfermagem.

Uma das dificuldades que as colaboradoras percebem no atendimento à gestante é a falta de educação e informação fornecida no pré-natal, desinformação que, em certas ocasiões, leva a que o parto não seja feito nas condições que deveria, desfavorecendo o processo natural humanizado.

Estudo conduzido com 11 enfermeiros e 18 gestantes, que visava a avaliar a satisfação das gestantes e a assistência pré-natal, mostrou que as mulheres sentiram insatisfação com relação à educação em saúde e se percebeu que careciam de informação a respeito do preparo para o parto, sexualidade na gravidez, a pega correta na amamentação e cuidados para o recém-nascido, confirmando que a falta de orientação pode levar a mulher a tomar decisões erradas que podem alterar o processo fisiológico do parto e o estado de saúde, tanto da mulher quanto do bebê (GUERREIRO et al., 2012).

Para tanto, outro estudo conduzido com 15 gestantes que recebiam assistência no pré-natal confirma que o conhecimento, a educação em saúde e as informações fornecidas na consulta do pré-natal pelos profissionais são determinantes para a escolha do tipo de parto que as mulheres desejam ter (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015). Este estudo cita ainda a importância do papel que a enfermeira desempenha no acompanhamento à mulher desde a gestação, prestando uma assistência humanizada e de qualidade.

Por outro lado, as mulheres devem ser orientadas durante todo seu processo de parturição, fazendo-as partícipes do nascimento, promovendo a compreensão e o conhecimento de cada coisa que está acontecendo.

Uma pesquisa fenomenológica conduzida com 35 gestantes em Cali, que foram assistidas em hospitais públicos de nível 1 de atenção, objetivou compreender as experiências das mulheres durante a gestação. Esta pesquisa identificou que algumas gestantes vivenciaram uma experiência de solidão não só por parte dos familiares que, por alguma situação pessoal ou institucional, não conseguiram estar presentes, mas também pela equipe de profissionais da saúde, que se limitaram a fazer seu trabalho, esquecendo-se da importância de explicar o processo e os procedimentos a serem feitos, aliás, vendo o corpo da mulher como uma máquina, sendo eles os técnicos da atenção, se mostrando insensíveis diante das emoções vividas por cada parturiente, mesmo intervindo diferentes fatores para esse atendimento (CANAVALL et al., 2003).

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância de educar para os diferentes momentos que a gestante vivencia na gravidez e no processo de parto e nascimento, compreender e responder a suas necessidades, mostrar-se sensíveis no cuidado e garantir um atendimento de qualidade que

possibilite uma experiência única e positiva do parto, tendo em vista que, sem dúvida, será uma lembrança para sua vida.

Outras dificuldades percebidas pelas enfermeiras deste estudo são em relação ao impacto que o Sistema de Saúde da Colômbia gera no atendimento à gestante como prioridade, os convênios entre as EPS e IPS para atenção do parto, as barreiras impostas pela área administrativa e a qualidade da atenção medida em produtividade.

Os fatores que limitam o atendimento em saúde às gestantes são múltiplos no mundo inteiro. Estudos conduzidos em outros países mostram barreiras limitantes e facilitadoras do ingresso ao pré-natal, semelhantes às mencionadas no presente estudo, que, além estar associadas ao contexto social, familiar e pessoal, também são geradas pela área administrativa, pois, às vezes, as usuárias recebem maus tratos do pessoal da área. Uma pesquisa menciona que estudos conduzidos no Chile mostram que têm sido evidenciadas limitações com relação aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sendo burocráticos para o ingresso na atenção em relação a horários rígidos, entre outros (POFFALD et al., 2013).

Também no Norte da Argentina, um estudo com gestantes da área rural mostrou que as maiores dificuldades de ingresso para a consulta pré-natal e realização de exames estão relacionadas com os baixos recursos econômicos e geográficos, por ser uma limitante do acesso. O deslocamento de longas distâncias, os horários de atenção e as filas para autorizações de exames geram grande impacto e atingem o sistema organizacional do sistema de saúde, já que alguns carecem de centros de saúde ou infraestrutura para o atendimento, consultas da saúde materno-infantil feitas em dias específicos da semana e barreiras administrativas com relação ao agendamento da consulta e aos exames complementares (LANDINI et al., 2015).

Nesse sentido, é possível determinar que as limitações e barreiras desencadeadas pelo sistema organizacional da saúde com relação ao acesso e atendimento da mulher no período grávido-puerperal não são somente uma problemática da Colômbia, pois diferentes estudos, como os mencionados anteriormente, evidenciam as fragilidades apresentadas em outros países.

Mesmo assim, com dificuldades, alguns países se esforçam para melhorar o acesso e a qualidade dos diferentes serviços de saúde materno perinatal, tendo em conta que é um indicador fundamental de impacto social. No caso do Brasil, o Ministério da Saúde tem lançado programas e ações encaminhadas no sentido de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e também programas de educação contínua para os profissionais (CAVALCANTI et al., 2013).

Um dos programas lançados pelo Ministério de Saúde do Brasil que tem gerado impacto é o Programa Rede Cegonha, que visa a ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, ao parto e puerpério, além de garantir o atendimento da criança até os 24 meses de vida, possibilitando a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, garantindo transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção do processo de parto e nascimento (CAVALCANTI et al., 2013).

É fundamental continuar desenvolvendo ações em conformidade com as necessidades de saúde de cada país, especificamente no que concerne ao atendimento da mulher e do recém-nascido, à implementação de estratégias de atenção que melhorem os indicadores de morbimortalidade materno-infantis, à qualidade da atenção e dos profissionais vinculados e à humanização dos serviços.

Para contribuir para humanizar a atenção materno-perinatal é importante olhar o processo de parto de forma natural e fisiológica, não como um processo patológico que implica riscos, pois todo processo os gera. Esse processo se refere a um conjunto de ações fisiológicas advindas da gravidez e de hormônios que atuam para o desenvolvimento do feto, que produzem as mudanças físicas, emocionais e psicológicas na mulher e se adaptam para que o parto ocorra de forma natural, havendo necessidade de contar com profissionais capacitados que eduquem a mulher no pré-natal e no processo de parturição com a finalidade de evitar intervencionismos desnecessários, já que várias das causas de morte materna e neonatal podem ser evitáveis.

Com relação aos fatores que facilitam o atendimento da gestante, manifestados indiretamente pelas enfermeiras neste estudo, eles são os determinantes sociais da saúde, pois mencionaram que a disposição que a mulher e sua família têm para aprender e participar ativamente de seu processo de gestação favorece o cuidado.

Em estudo conduzido em 2017 com 15 enfermeiras que atuam na atenção primária da saúde, que teve por objetivo conhecer a forma como são trabalhados os determinantes sociais no pré-natal, elas mencionaram a escolaridade, a cultura, o nível socioeconômico, as redes de apoio, a presença do companheiro na gestação como fatores que influenciam diretamente na saúde da gestante e em sua qualidade de vida; porém, elas, conforme o contexto de vida de cada mulher, abordam as situações de forma individualizada e coletiva e trabalham de forma articulada com a equipe multiprofissional (DA ROCHA et al., 2018).

Nesse sentido é imprescindível que no pré-natal sejam identificados os determinantes sociais das gestantes, para serem abordados no processo, a fim de terem um atendimento adequado às suas particularidades, compreensão das informações fornecidas que possibilitem o autocuidado e a vinculação da família, além de promover uma participação mais ciente no processo de parto e nascimento e reconhecimento de seus direitos. Esses fatores, quando bem trabalhados pela equipe multiprofissional, podem fazer com que a mulher e sua rede de apoio tenham uma maior disposição para participar no ciclo grávido-puerperal, sendo o papel da enfermeira essencial na identificação deles.

Conforme as dificuldades percebidas na atenção à saúde da mulher, as enfermeiras propuseram estratégias de melhoria que levem a parturiente e sua família a ter uma experiência positiva do parto. Entre essas estratégias, destacam-se a inserção das recomendações da OMS para um parto humanizado nos serviços de saúde, o treinamento e a atualização contínua dos profissionais e das instituições e o aconselhamento preconcepcional para a mulher e seu companheiro.

O parto humanizado preconizado pela OMS, em conformidade com diversas evidências científicas, põe a mulher e sua família como sujeitos principais do cuidado no processo de parturição. Este parto é iniciado no pré-natal, já que envolve características de sensibilidade, respeito e dignidade no

intuito de gerar autonomia na mulher, garantir segurança nos procedimentos, benefícios e mudanças no modelo biomédico, quando a mulher vivencia um processo isolado.

São recomendações da OMS para humanizar a assistência contar com profissionais capacitados, disponibilizar um espaço acolhedor com condições confortáveis, manter sempre informadas a mulher e a família, respeitar sua privacidade e a escolha do acompanhante. Durante o processo de parturição, fornecer alimentos para repor as fontes de energia já que não traz nenhum malefício, apoio emocional, orientar sobre cada procedimento a ser realizado, possibilitar a adoção de outra posição diferente da ginecológica para o parto, permitir a deambulação e a movimentação da mulher, controlar a dor por meios não farmacológicos, entre eles, a massagem nas costas, o banho de aspersão, técnicas de relaxamento como a bola de pilates (DAMACENO, 2015).

São infinitos os benefícios que estas práticas trazem, pois incentivam a mulher e sua família na participação como protagonistas de seu processo, estimulam a tranquilidade, segurança e conforto para a mulher, influenciam beneficentemente na evolução natural do parto, porém a equipe de enfermagem desempenha papel importante ao promover ações de humanização não invasivas, o resgate do parto normal e o fornecimento de uma assistência individualizada e de qualidade (DAMACENO, 2015).

Outra estratégia proposta é a implementação da consulta pré-concepcional pelo profissional de enfermagem; sendo o período que antecede a concepção como ação de promoção da saúde para o desenvolvimento de uma gestação saudável, a identificação de riscos e a prevenção de agravos na gravidez.

Estudo conduzido no Brasil, no entanto, menciona que, apesar da importância que tem esta consulta para o preparo de uma gestação e a implicação da saúde materno infantil, é insuficiente o serviço prestado e que diversos estudos apontam que têm como causa a falta de planejamento da gravidez; porém as mulheres que a planejam são as que mais fazem esse tipo de consulta. Este estudo determinou que só um sexto das mulheres entrevistadas participou da consulta pré-concepcional, sendo as mulheres mais velhas, pois o Brasil é um país em que o planejamento da gravidez ainda é frágil (BORGES et al., 2016).

Por outro lado, um estudo conduzido em Cataluña com 235 gestantes mostrou que o 79,14% planejaram a gravidez, 50,2% manifestaram ter conhecimento sobre a consulta preconcepcional, das quais 38,7% tiveram assessoramento e 4,3% fizeram a consulta como meio preventivo, os outros motivos se relacionaram ao desejo gestacional e a problemas para engravidar. Das mulheres que fizeram consulta, uma pequena parcela teve cuidados com a alimentação e com a ingestão de ácido fólico (GARRIGA et al., 2018).

Este trabalho, conforme relatos das enfermeiras e as vantagens trazidas e comprovadas por diferentes estudos, ratifica a necessidade de capacitar os profissionais da saúde para o preparo preconcepcional, tendo em vista que é uma prática de suma importância para uma gestação saudável, sendo um fator que determina o prognóstico durante a gravidez e o parto e permite identificar os riscos potenciais e planejar cuidados no intuito de melhorar a saúde materna e que a mulher possa conceber em condições adequadas (BARBOSA, 2009), além de motivar e sensibilizar a população em idade fértil. A atenção preconcepcional na Colômbia tem um prazo de implementação de três anos a partir de primeiro de janeiro de 2020, estabelecido na Resolução No. 276, de 2019 (REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2019, p. 1), o que desfavorece a identificação e o controle de riscos potenciais e a redução dos índices de morbimortalidade materno infantil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu o objetivo proposto de conhecer a experiência da enfermeira frente ao cuidado à mulher no processo de parto e nascimento, pois os relatos possibilitaram uma informação atual e histórica, facilidades e dificuldades no atendimento à mulher, a posição da enfermeira na atenção da gestante de baixo risco obstétrico e as fortalezas e fragilidades do Sistema de Saúde da Colômbia em relação à atenção à saúde da mulher.

A realização deste estudo foi relevante, tendo aportado benefícios não só a nível regional, mas também nacional e internacional, por ter contribuído para preencher as lacunas existentes na assistência da enfermagem ao parto e ao nascimento na Colômbia e para o registro de ações não disponíveis na literatura.

A enfermeira precisa ser reconhecida como uma profissional que tem capacidade e conhecimento para atuar com competência novamente na atenção direta ao parto, valorizar as mudanças propostas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, concernentes à assistência ao parto e ao resgate do parto natural com atuação da enfermeira obstetra, de tal forma a ser tratado como um processo fisiológico.

Este estudo permitiu ampliar a visão do papel que desenvolve a enfermeira em Cali na atenção à gestante tanto no pré-natal quanto no processo de parturição, identificando como principais funções a educação em saúde e orientação na consulta, identificação de riscos, acompanhamento no processo de parto, nascimento e puerpério, apoio emocional à gestante, administração de medicamentos e realização do monitoramento fetal conforme as normas e protocolos estabelecidos nas instituições de saúde e o Sistema de Saúde da Colômbia.

Conclui-se que na Colômbia o parto é atendido principalmente pela equipe médica, havendo resistência no que concerne ao reconhecimento do saber e do fazer do profissional enfermeiro, que tem toda a capacidade para cuidar diretamente da parturiente e contribuir na realização da implementação do parto humanizado.

Não há suficientes especialistas em materno-perinatal que consigam atender a demanda de usuárias nas salas de parto, porém as enfermeiras têm, às vezes, a possibilidade de atender partos diretamente, sendo necessário que adquiram maior autonomia no seu exercício profissional e na construção de uma resolução que os regule para guiar seu trabalho na assistência, com ações de cuidado a serem desenvolvidas, no intuito de ter uma identificação específica e cumprir com os objetivos propostos pela Resolução 3280, de 2018, na atenção direta do parto de baixo risco, seguindo o modelo do parto humanizado preconizado pela OMS.

Conforme os relatos das enfermeiras, observou-se que uma das dificuldades no atendimento a gestante é imposta pelo contexto da Lei 100 do Sistema de Saúde da Colômbia em relação à atenção do parto, já que a mulher não pode escolher a instituição na qual deseja parir, pois a instituição é imposta pelo Sistema de Saúde, conforme os convênios que sua EPS tem com as diferentes IPS.

As enfermeiras reconhecem a importância da presença do acompanhante no processo de parturição, o que traz vantagens para a mulher no atendimento, tanto para a família quanto para os profissionais que atendem o parto, pois dá tranquilidade e segurança. Uma das limitações é a infraestrutura das salas de parto, que não têm espaço para o acompanhante permanecer no processo, sendo necessário modificar as salas de parto para permitir o acompanhamento da mulher pela pessoa de sua escolha; outro fator limitante é a falta de realização do curso de preparação para o parto pelo acompanhante, já que as enfermeiras expressam ter medo de que o acompanhante no momento do parto possa prejudicar o processo.

As enfermeiras estão cientes das vantagens que gera o uso de boas práticas obstétricas na atenção à mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, e identificam algumas delas, mas necessitam se apropriar delas para seu desenvolvimento na prática assistencial.

No intuito de resgatar o parto natural e a participação da enfermeira especialista na atenção ao parto de baixo risco, foi estabelecida a Resolução 3280, de 2018, tendo os cursos da enfermagem a responsabilidade da formação do enfermeiro e do aprofundamento na área de saúde da mulher na

atenção do parto, conforme a nova Norma de atenção materno-perinatal e a implementação do modelo humanizado do parto.

Para contribuir com a participação dos profissionais de enfermagem, especialistas na área de obstetrícia ou aqueles que atuam na área sem ter um título da especialização e ter mais visibilidade na sociedade, é importante que o sistema educativo e o da saúde implementem métodos de ensino que articulem teoria e prática, com a finalidade de capacitá-los em prol de uma educação continuada baseada em evidências científicas, para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e, assim, formar um número de profissionais adequados às necessidades do país, ou seja, uma construção de políticas de formação que promovam a atenção integral.

Diante dos relatos das enfermeiras, percebe-se que estão cientes da necessidade de gerar mudanças no atendimento da gestante e da mulher em idade reprodutiva, reconhecem e mencionam as limitações que levam à perda da integralidade do cuidado, ressaltando principalmente a falta de educação e de orientação na atenção básica da saúde; porém, desde essa perspectiva, propõem estratégias que possibilitem a melhora da qualidade na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal para que ela possa ter uma experiência mais positiva do seu parto.

As enfermeiras da Colômbia precisam se unir e criar movimentos construtivos que possibilitem gerar maior visibilidade do seu saber e fazer em prol de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher em etapa reprodutiva e no ciclo gravídico-puerperal, promovendo o resgate do parto natural e seu posicionamento frente ao cuidado da mulher nesse processo.

Este estudo teve apoio da Secretaria de Saúde de Cali, especificamente do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, que orientou no sentido de contactar algumas enfermeiras que atuam na atenção ao parto em diferentes instituições de saúde públicas e de encontrar a documentação requerida para o desenvolvimento da pesquisa e a orientação e acompanhamento pela Universidade do Valle.

Uma limitação do estudo foi a restrição de literatura ou estudos prévios com relação ao cuidado prestado pelas enfermeiras no processo de gestação e parturição na Colômbia por ser a base para compreender e refletir sobre o problema de pesquisa em questão.

As entrevistas das colaboradoras foram apresentadas na íntegra em espanhol com a finalidade de manter a essência do contexto, no entanto, para a análise os trechos, elas foram traduzidas para o português, o que causou certa dificuldade, porém sendo garantida a integralidade dos resultados.

REFERÊNCIAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (Bogotá Colombia). SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO DIRECCION DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD GRUPO MATERNO PERINATAL. RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: MATERNO PERINATAL 2017. **RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: MATERNO PERINATAL**, Bogotá. Colombia, p. 1-38, 2017. Disponível em: <sfd1dfc663c9e1bf4.jimcontent.com/download/version/1519830389/module/9963570370/name/RIAS_MATERNO_PERINATAL.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ALEMAN, N. M. Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. [Internet]. N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. Disponível em <<http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/244/181>>. Acesso em: 10 mai.2018.

ANEC (Colombia). Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Reseña Histórica. In: **Antecedentes históricos de la profesión**. Bogotá. Colombia, 23 jun. 2010. Disponível em:< <https://www.anec.org.co/resena-historica.html>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BARBOSA, Vanessa Daniela Oliveira do Couto. **Importância conferida pela grávida à consulta pré-concepcional**. Orientador: Martins, Alice. 2009. 95 f. Monografia (Enfermagem Universidade Fernando Pessoa) - Escola Superior de Saúde Departamento de Ciências da Enfermagem e Tecnologias de Saúde, Universidade Fernando Pessoa, [S. l.], 2009. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1602>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

BARDIN, Laurence. **ANÁLISE DE CONTEÚDO**. Tradução: Luís Antero Reto. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p. ISBN 978-85-62938-04-7.

BETANCOURT, D. P.; MARTIN, P. **Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI - LINEAMIENTOS: CRITERIOS GLOBALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 10 PASOS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA Y FORMULARIO DE AUTOAPRECIACIÓN PARA INSTITUCIONES DE SALUD HOSPITALARIAS y AMBULATORIAS**. Bogotá. Colômbia, 1 jan. 2011. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNAI/ineamientos-ami-2011.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

BORGES, A. L. V. *et al.* Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 2, 1 abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200208&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 5 nov. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 26 out.2019.

Cabral, F. B.; Hirt, L. M.; Van der Sand, I. C. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, núm. 2, abril-maio, 2013, pp. 281-287 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/02.pdf>>. Acesso em: 25 out.2019.

CALI, la ciudad con la tasa de mortalidad materna más baja del país. Cali-Colombia, 16 jul. 2011. Disponível em: https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/40391/cali_la_ciudad_con_la_tasa_de_mortalidad_materna_ms_baja_del_pas/. Acesso em: 4 abr. 2018.

CAMPOS, N.F. *et al.* IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NATURAL HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 47-58, 1 abr. 2016. Disponível em: <<https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/76/82>>. Acesso em: 28 out.2019.

CANAVAL, G. E. *et al.* La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". **Educ. Enferm**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 32-46, 1 jan. 2003.

CANAVAL, G. E.; CASTILLO, E.; OSORIO, ASCENETH. Enfermería, Universidad del Valle, Cali: 65 años a la vanguardia; aportes, logros y perspectivas. **Colombia Médica**, Universidad del Valle, Cali, v. 42, n. 2, p. 120-133, abr/jun 2011.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P. PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Revista: Inf. & Soc.: Est.*, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf>. Acesso em: 2 mai.2018.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 1 jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 nov. 2019.

CIOMS, Consejo de Organizaciones Internacionales de Las Ciencias Médicas; OPAS, Organización Panamericana de La Salud; OMS, Organización Mundial de La Salud. **Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos: Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS)**. [S.l.: s.n.], 2016. 150 p. Disponível em: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

COFEN (Brasil). Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0479/2015. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0479/2015**: Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, Brasília, 23 abr. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html>. Acesso em: 5 nov. 2019.

COLOMBIA. El Congreso de Colombia. Ley nº 911 DE 2004, de 5 de octubre de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. **Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004**, Bogotá, p. 1-15, 5 out. 2004. Disponível em: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. **POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, de 01 de fev. de 2003. Bogotá, p. 1-68, fev. 2003. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3>>

8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODU
CTIVA.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Resolución n. 412, de 25 de fev. de 2000. Bogotá, p. 1-7, fev. 2000. Disponível em: <<http://eps.coomewa.com.co/descargar.php?id=1335>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

COLOMBIA. Observatorio Laboral para la Educación. **Oferta Regional**. 2019. Disponível em: <<http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/instituciones-de-educacion-superior-ies1?fbclid=IwAR3tr8czDmfTUBS4LaQ35QecMHs80GFVdh0AEEsaqFz2DI7dlyWTeH8Rq4k>>. Acesso em: 4 dez. 2019.

COLOMBIA. Senado y Cámara. PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA n. 063, de 08 de ago. de 2017. **PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA**. Bogotá, n. 664, p. 1-6, ago. 2017. Disponível em: <<http://jacevedo.imprenta.gov.co/documents/10280/3796703/664.pdf/20147d28-9ffc-4e50-bcd9-1ef018a77d62>>. Acesso em: 19 set. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro: Posted by imprensa, 2016-. Disponível em: <http://rj.corens.portalcofen.gov.br/conheca-a-historia-de-madame-durocher-a-mais-celebre-parteira-do-rio-de-janeiro_4573.html>. Acesso em: 20 nov.2019.

COOMEVA EPS (Colombia). PREOCUPAN LAS CIFRAS DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA: La Mortalidad Materna puede prevenirse planeando los embarazos y acudiendo a los controles médicos establecidos por el sistema de salud para esta etapa. **Boletín de prensa**, Cali, n. 042, p. 2, 10 nov. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/TATI/Downloads/Bol_042PrevMortalidadMaternaV2%20(2).pdf. Acesso em: 19 set. 2018.

DAMACENO, Dayara Cardoso. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem. **FACIDER Revista Científica**, Faculdade de Colíder, n. 7, p. 1-13, 2015. Disponível em:< <http://www.sei-cesuacol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (Colombia). **Seguridad Social Integral**: Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993). Bogotá. Colombia, 2019. Disponível em: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>. Acesso em: 16 nov. 2019.

DIARIO OFICIAL NO. 41.148 DE 23 DE DICIEMBRE DE 1993. Lei nº 100 de 1993, de 23 de dezembro de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. **LEY 100 DE 1993**: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Bogotá. Colômbia, p. 1-500, 23 dez. 1993. Disponível em: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

DUARTE, S. J. H. MOTIVOS QUE LEVAM AS GESTANTES A FAZEREM O PRÉ-NATAL: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. **Ciencia y Enfermería**, Brasil, v. XVIII, n. 2, p. 75-82, 14 ago. 2012. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n2/art_08.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas Parteras y Enfermeras**: UNA HISTORIA DE SANADORAS. Original. ed. Barcelona: La Sal, 1973. 41 p. Disponível em: <<https://we.riseup.net/assets/217402/brujas-parteras-y-enfermeras%201%20.pdf>> Brujas, parteras y enfermeras>. Acesso em: 28 jun. 2018.

ESPECIALISTA en Enfermería Materno Perinatal. Cali- Colombia, 1994-2019. Disponível em: <<http://salud.univalle.edu.co/posgrados/especializaciones-clinicas/especialista-en-enfermeria-materno-perinatal>>. Acesso em: 9 dez. 2019.

FELICIANO, N. B.; PRADEBON, V. M.; DE LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**, CHÍA, COLOMBIA, v. 13, n. 2, p. 261-269, ago. 2013. Disponível em: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4955967.pdf>. Acesso em: 25 out.2019.

FLOYD, Robbie Davis. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 75, n. 1, p. 5-23, nov. 2001. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/230669902_The_Technocratic_Humanistic_and_Holistic_Models_of_Birth>. Acesso em: 27 out.2019.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):660-8. Disponível em <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>>. Acesso em: 23 jul.2018.

FUNDACIÓN ACTIVOS CULTURALES ACUA (Colombia); PACHECO, C. ¿Por qué la partería tradicional es patrimonio cultural e inmaterial de Colombia?. **Las2Orillas**, Bogotá. Colombia, 10 out. 2016. Disponível em: <https://www.las2orillas.co/la-parteria-tradicional-patrimonio-cultural-e-inmaterial-colombia/>. Acesso em: 9 dez. 2019.

GAINZA, P. P.; LABASTIE, M.; ALEMAN, N. M. La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. Revista Ulúa. [Internet]. 22, 2013: 175-196. Disponível em <http://www.fhuce.edu.uy/images/genero_cuerpo_sexualidad/1187-5513-2-PB.pdf>. Acesso em: 15 mar.2018.

GARCIA, S. A. L.; GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein**, [s. l.], ano 1, v. 8, n. 2, p. 241-247, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0241.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

GARCIA, D. S., S.; GARCIA, H. S. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as novas perspectivas do desenvolvimento sustentável pela Organização das Nações Unidas. REVISTA DA FACULDADE DE DIREITO DA UFRGS, Porto Alegre, p. 193-206, 2016. Disponível em: <seer.ufrgs.br/revfacdir/article/download/69455/40499 >. Acesso em: 18 mai. 2018.

GARRIDO, A. B.; TRICAS, J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. **Matronas Profesión**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 62-66, 29 jul. 2013. Disponível em: <<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>>. Acesso em: 27 out.2019.

GARRIGA, G. R. et al. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. **Matronas Profesión**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 52-58, 2018. Disponível em: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

GONÇALVES, Júlia M. et al. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Brasil, v. 25, n. 2, p. 1-7, jun. 2014. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em: 08 jan.2019.

GUALDA, D. M. R. et al. **NASCIMENTO: PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS**. 1. ed. rev. São Paulo: Ícone, 2017. 320 p. ISBN 978-85-274-1304-6.

GUERREIRO, E. M. et al. O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOB O OLHAR DE GESTANTES E ENFERMEIROS. **RemE – Rev. Min. Enferm**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/9544728-O-cuidado-pre-natal-na-atencao-basica-de-saude-sob-o-olhar-de-gestantes-e-enfermeiros.html>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

HISTÓRIA DAS PARTEIRAS. 2010. Disponível em: <<https://confrariaparteiras.wordpress.com/historia-das-parteiras/>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH, 2000, Fortaleza, Brazil. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth... [S.l.: s.n.], 2000. 5-23 p. Disponível em: <http://file:///C:/Users/tatik/Downloads/Modeos%20assistencias%20por%20Robbie%20Davis_Floyd.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

JIMÉNEZ, M. A. Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. **Enfermería en Costa Rica**, Costa Rica, v. 28, n. jun. 2007. Enfermería, p. 12-19. Disponível em : <<https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art3.pdf>>. Acesso em: 25 out.2019.

LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2018. 455 p. v. 2. ISBN 978-85-99238-36-3.

LANDINI, F. P. et al. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. **Saúde e Sociedade**, Universidade de São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1151-1163, out. 2015. Disponível em: <<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/69957>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-32, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/pt>>. Acesso em: 27 out.2019.

MARCONI, M. A. de; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003. 310 p. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História Oral: Como Fazer Pensar**. 2. ed. São Paulo: PinskyLtda, 2013. 175 p.

MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História Oral: Como Fazer Pensar**. 2. ed. São Paulo: PinskyLtda, 2017. 37 p.

MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História Oral: Como Fazer Pensar**. 2. ed. São Paulo: PinskyLtda, 2017. 38 p.

MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História Oral: Como Fazer Pensar**. 2. ed. São Paulo: PinskyLtda, 2017. 40-41 p.

MEIHY, J. C. S.; RIBEIRO, L. S. **Guia prático de história oral: Para empresas universidades comunidades famílias**. São Paulo: Contexto (PinskyLtda), 2011. 198 p.

MINAYO, M. C. S. de; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: VozesLtda, [1993,2016]. 95 p.

MINISTÉRIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (Colombia); DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA (Colombia). **Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018**. Bogotá: [s. n.], jun 2019. 273 p. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2019.

MINISTÉRIO DE SALUD COLOMBIA (Colombia). Resolución, 1839 de junio 23 de 1999. **RESOLUCION NUMERO 1830 DE 1999**, Colombia, p. 1-24, jun/1999 1999. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Resolucion1830de1999.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (Colombia) *et al.* **“Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”**. Colombia: [s. n.], 2014. 150 p. Disponível em: <<http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/discapacidad-y-sexualidad/19-politica-nacional-de-sexualidad-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. **Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2**. Bogotá. Colombia: [s. n.], 04/2013. 623 p. ISBN 978-958-57937-4-3. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>>. Acesso em: 28 out.2019.

MOTT, M. L. FISCALIZAÇÃO E FORMAÇÃO DAS PARTEIRAS EM SAO PAULO (1880-1920). Scielo, Sao Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000100008>>. Acesso em: 17 out.2018.

MOURA, F. M. de J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul/ago 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MUJICA, M. T.; TORRES, C. U.; MEJÍAS, A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. **Scielo**. Chile, 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300007>. Acesso em: 18 jul. 2018.

NASCIMENTO, F. C. V.; SILVA, M. P.; VIANA, M. R. P. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde (REPIS)**. São Paulo, 2018. 10 p. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6821>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde; CLAP/SMR, Centro Latino-americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Organização Pan-Americana de Saúde**. ed. Montevideu: [s.n.], 2014. 285 p. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=434-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-america-3&Itemid=219&lang=es>. Acesso em: 08 maio 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ginebra). **CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA**. Ginebra: [s. n.], 1996. 104 p. Disponível em: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PEÑA, N. M. Mujeres, derechos y beneficios en el parto humanizado. 49 f. Monografía (Licenciatura en Psicología) – Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología, 2017. Disponível em: <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/10937/1/M%C3%A9ndez%20Pe%C3%B1a%20Nazarena.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

POFFALD, L. et al. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. **Salud Pública de México**, Cuernavaca. Morelos. Mexico, 30 ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013001000006&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 5 nov. 2019.

PONTES, M. G. de A. et al. PARTO NOSSO DE CADA DIA: UM OLHAR SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 69-78, 1 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO (Colombia). CÁMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL. PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA. Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado. **PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 DE 2017 CÁMARA**, Bogotá. Colombia, p. 6, 8 ago. 2017. Disponível em: <<http://jacevedo.imprenta.gov.co/documents/10280/3796703/664.pdf/20147d28-9ffc-4e50-bcd9-1ef018a77d62>>. Acesso em: 29 out.2019.

RAMIREZ, V. G.; GARCÍA, M. A. B.; LIMAS, C. A. S. **Norma técnica para la Atención del parto**. Colômbia: [s.n.], [2000]. 5-17 p. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (Colombia). **NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO**. Colombia: [s. n.], 2000. 17 p. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUÇÃO nº 000276 DE 2019, de 4 de fevereiro de 2019. Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018. **RESOLUCIÓN NÚMERO ,000276 DE 2019**, p. 1-10, 4 feb. 2019. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>>. Acesso em: 27 oct. 2019.

RESPUESTA AL CUESTIONARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN Y LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING Y LOS RESULTADOS DEL 23ª PERIODO EXTRAORDINARIO DE SESIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL, EN CONMEMORACIÓN DE BEIJING +15. Bogotá: [s.n.], 2009. Disponível em: <<https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/8/36338/colombia.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RIOS, C.T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **TEMAS LIVRES FREE THEMES**, São Luís MA., p. 477-486, 8 nov. 2004. Disponível em : <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/477-486>>. Acesso em: 26 out.2019.

ROCHA, C. G. G.; HEIDEMANN, I.T. S. B.; CYPRIANO, C. C.; ANTONINI, F. A.; RUMOR, P. C. F.; DURAND, M. K. Los determinantes sociales de la salud en el prenatal de la atención primaria. **Cuba Salud 2018**, Cuba, 2018. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2017.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/444>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

SANTANA, F. A.; LAHM, J. V; DOS SANTOS, R. P. FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTANTE NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 123-127, 26 jun. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21337/pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

SANTOS, Mariana Beatriz B. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DA PARTURIENTE E A DESUMANIZAÇÃO DO PARTO. **REVISTA DE DIREITO UNIFACEX**, Natal-RN, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/direito/article/view/869/285>>. Acesso em: 9 dez. 2019.

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. Salud en Cifras 2011. Cali: [s.n.], 2012. 149 p. Disponível em: <http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2013_Publicaciones/Salud%20en%20cifras%202011.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SEGURIDAD Social Integral: Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993). Bogotá. Colômbia, 14 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

SILVA, G. M.; SEIFFER, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma pr Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica oposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 62, n.

3, p. 262-366, 3 dez. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599004>>. Acesso em: 30 out. 2019.

SILVA, I. A. et al. PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO. **Revista UNINGÁ**, [S. l.], v. 53, n. 2, p. 37-43, 12 jul. 2017. Disponível em : <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1440/1057>>. Acesso em: 25 out.2019.

SILVA, J. J. **Satisfacción en el trabajo de los directores de escuelas secundarias públicas**. Orientador: Xavier Gimeno Soria. 2004. 570 f. Tesis (Doctorado) - Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2004.

SILVA, Joaquín. M.D. (ed.). Algunos Aspectos Positivos y Negativos de la Ley 100. **Revista Colombiana de Cirugía**, Colombia, v. 12, n. 1. [2005]. Disponível em: <<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc%20121/algunosaspectospositivosnegativos100/>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA. RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO: (Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en 2003). 2008. Disponível em: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_recomend_asist_parto_2008_sustituye_protocolo_2003.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Por el derecho a una maternidad deseada, saludable y segura**. 2018. Disponível em: <<https://colombia.unfpa.org/es/news/por-el-derecho-una-maternidad-deseada-saludable-y-segura>>. Acesso em: 18 set. 2018.

UNIVERSIDAD DEL VALLE (Cali). **RESEÑA HISTÓRICA**: Gestación del proyecto: 1945 – 1957. Cali- Colombia, 2005. Disponível em: <<http://aniversario60.univalle.edu.co/historia/resenha/periodos/1945-1957.html>>. Acesso em: 9 dez. 2019.

VÁSQUEZ, C. L. Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. **Index de Enfermería**, Granada, v. 21, n. 1-2, jan/jun 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 8 dez. 2019.

VELANDIA, Ana Luisa. Influencia española en la enfermería colombiana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto SP Brazil, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200011. Acesso em: 18 maio 2018.

VELANDIA, A. L. ENFERMERÍA EN COLOMBIA. ANÁLISIS SOCIOHISTÓRICO. **SCRIBD**, Bogotá, 2009. Disponível em: <<https://es.scribd.com/document/128228993/Historia-de-La-Enfermeria-en-Colombia>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

WATSON, J. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. **JAN Leading Global Nursing Research, School of Nursing**, University of Colorado Health Sciences Center, v. 37, n. 5, p. 452-461, February. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nursing & Midwifery Human Resources for Health. 2009. **Global standards for the initial education of professional nurses and midwives**, Switzerland: Geneva, p. 1-40, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendaciones de la OMS**: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington: [s. n.], 2018. 210 p. ISBN 978-92-75-32093-8. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados para caracterização

Identificação:

Enfermeira:

Idade:

Formação:

Atuação

Tempo de atuação

Instituição:

Data da entrevista:

Local e horário da entrevista

* **Tópico principal**

- Conte-me sua experiência no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento?

* **Tópicos complementares**

1 Como que você realiza o cuidado a parturiente

2- Você se sente preparada para atender diretamente um parto de baixo risco obstétrico?

3- Quais estratégias de cuidado você conhece para que a mulher tenha uma experiência mais positiva do parto?

4- Conhece alguma política de saúde para a mulher no processo de parto e nascimento

5- Você sente facilidades ou dificuldades de atenção nesse processo?

6- Que sugestões você faria como enfermeira para melhorar a atenção na mulher no processo de parto?



APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na colômbia

A estudante de mestrado Katlyn Tatiana Narváez Muñoz do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná/Brasil e estudante Passante da Universidade do Valle, sob orientação da Professora. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza, docente e pesquisadora da Universidade Federal do Paraná e co-orientação sob a Professora. Dra. Gladys Eugenia Canaval Erazo, docente e pesquisadora da Universidade do Valle, convidamos você a participar de um estudo intitulado “**Experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na colômbia**”, que tem por objetivo descrever a experiência de enfermeiras no cuidado à mulher em processo de parto e nascimento em Cali na Colômbia. Vai-se desenvolver com enfermeiras que atuam na área obstétrica ou conhecem sobre o tema do estudo; espera-se construir uma rede aproximada de 10 colaboradoras, que não incorrerão em despesas ou receberão benefícios pessoais de nenhuma espécie por sua participação neste projeto de pesquisa.

A coleta de dados será feita por meio de entrevistas que deverão ser gravadas em áudio para os fins metodológicos, cada entrevista terá uma duração aproximada de uma hora no lugar e data de preferência do colaborador. Para o desenvolvimento conta com a autorização do programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, a orientadora do projeto, Co-orientadora e as colaboradoras que aceitem participar do estudo.

Tudo projeto de pesquisa implica um risco, no entanto são riscos menores; é possível que durante a realização da entrevista o colaborador possa sentir a necessidade de expressar sentimentos, lembranças que possam afeta-lo,

nesse sentido, a entrevista será suspensa por curto tempo em tanto o colaborador expressa suas emoções.

Eu, _____ uma vez informado (a) sobre o projeto, objetivo, metodologia e resultados esperados para esta pesquisa e os possíveis riscos que possam acontecer dela, autorizo a Katlyn Tatiana Narváez Muñoz, estudante de mestrado da Universidade Federal do Paraná utilizar a informação fornecida por mim a través da entrevista para fins académicos.

Autorizo gravar a entrevista e uso da informação fornecida para fins académicos e investigativos: SIM --- NÃO ----

Os dados obtidos e reportados de forma agregada podem ser utilizados para fins académicos: SIM --- NÃO -----

Adicionalmente me foi informado o seguinte:

Minha participação nesta pesquisa é completamente livre e voluntaria, estou em liberdade de me retirar em qualquer momento.

Não receberei benefício pessoal de nenhuma espécie por minha participação nesta pesquisa.

Toda informação obtida e os resultados da pesquisa serão tratados confidencialmente. Esta informação será arquivada na Universidade Federal do Paraná e Universidade do Valle sob a responsabilidade dos pesquisadores; sendo que toda a informação obtida e resultados desta investigação será levada ao anonimato, a informação pessoal não estará disponível para terceiros pessoas.

Eu vou receber uma cópia desde termo de consentimento devidamente preenchido.

Autorização

Declaro que o presente documento foi lido e compreendido em sua totalidade por mim de maneira livre e espontânea. Minha assinatura neste documento

atesta que tenho a total capacidade legal para participar voluntariamente deste estudo.

Aceito participar nesta pesquisa

Nome

Assinatura e Identificação

Data

Testemunho 1

Nome

Assinatura e Identificação

Testemunho 2

Nome

Assinatura e Identificação

Contatos:

Katlyn Tatiana Narváez Muñoz

Pesquisadora principal

3177670839

Whatssap: 3222833997

Gladys Eugenia Canaval Erazo

Co-orientadora

3164826364

Comité de ética Universidade do Valle

CIREH

Telefone: 5185677-5185670

ANEXO A- CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS

(Local, data)

Destinatário

Eu _____ estado civil _____,
_____ documento de identidade _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada na data _____ para a Universidade Federal do Paraná e Universidade do Valle, pesquisadora Katlyn Tatiana Narváez, Orientadora Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Kissula Souza e Co-orientadora Prof.^a Dr.^a Gladys Eugenia Canaval, usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle a (instituição), que tem a guarda da mesma.

(Nome e assinatura do colaborador)

(Adaptado de Meihy, 2011)

ANEXO B- PARECER COMITÉ DE ETICA

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 003 - 019

Proyecto: "HISTORIA DE ENFERMERAS FRENTE AL CUIDADO A LA MUJER EN PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO EN CALI, COLOMBIA"

Sometido por: GLADYS EUGENIA CANAVAL ERAZO / SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA / KATLYN TATIANA NARVAEZ MUÑOZ

Código Interno: Fecha en que fue sometido:

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Protocolo de investigación | <input checked="" type="checkbox"/> | Instrumento de recolección de datos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> | Soportes solicitados por el Cireh |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Cartas de las instituciones participantes | <input type="checkbox"/> | Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- c. Lesiones a sujetos humanos.
- d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.

7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

8. El **investigador principal deberá** informar al Comité: