

Expectations and experiences in the childbirth process from the perspective of symbolic interactionism

Expectativas e vivências no processo de parto a partir do interacionismo simbólico Expectativas y vivencias en el proceso del parto a partir del interaccionismo simbólico

Matheus Ramos Lopes¹

ORCID: 0000-0003-2156-8829

Edilene Aparecida Araújo da Silveira¹

ORCID: 0000-0001-7378-2240

¹ São João del Rei Federal University

Editor: Ana Carla Dantas Cavalcanti

ORCID: 0000-0003-3531-4694

Submission: 12/21/2020

Approved: 03/23/2021

ABSTRACT

Objective: To understand expectations and experiences related to childbirth in primiparous women. **Methods:** Descriptive and qualitative study that applied symbolic interactionism as a theoretical framework. Data were collected during workshops with the pregnant participants, and by semi-structured interviews carried out before and after childbirth. Content analysis was used to analyze the gathered information. **Results:** Eleven pregnant women and five postpartum women participated in the study. Two categories were identified: Childbirth: a remarkable experience; and Among expectations and experiences. **Discussion:** Meanings developed and modified by interactions with professionals and social networks were present during childbirth, in both expectations and reality. **Conclusion:** Experiencing childbirth can resignify cultural and social paradigms. Recognizing relational techniques can improve quality of care by the inclusion of the development of meanings and experiences.

Descriptors: Obstetric Labor; Emotions; Pregnancy; Nursing; Parturition.

RESUMO

Objetivo: Compreender as expectativas e vivências de mulheres primíparas no parto. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. A coleta de dados ocorreu por meio de oficinas, entrevista semiestruturada no pré e pós-parto. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo 11 mulheres no pré-parto e oficina e 05 no pós-parto. Foram identificadas duas categorias: Parto: experiência marcante; e Entre expectativas e vivências. **Discussão:** Nas expectativas e na realidade, no momento do parto, estiveram presentes significados construídos e modificados pelas interações com profissionais e rede social. **Conclusão:** A vivência do parto pode ressignificar paradigmas culturais e sociais. A valorização das técnicas relacionais qualifica a assistência na direção da construção de significados e experiências.

Descritores: Trabalho de Parto; Emoções; Gravidez; Enfermagem; Parto.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las expectativas y vivencias del parto en mujeres primerizas. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, cuyo referencial teórico fue el Interaccionismo Simbólico. Los datos fueron recolectados mediante talleres y entrevistas semiestructuradas aplicadas antes y después del parto. Datos analizados utilizando análisis de contenido. **Resultados:** Participaron del estudio 11 mujeres en el preparto y el taller, y 5 en el posparto. Fueron identificadas dos categorías: Parto: experiencia trascendente; y Expectativas y vivencias. **Discusión:** En las expectativas en la realidad, al momento del parto estuvieron presentes significados construidos y modificados por las interacciones con los profesionales y con la red social. **Conclusión:** La vivencia del parto puede ressignificar paradigmas culturales y sociales. La valoración de las técnicas relacionales califica la atención en el camino a la construcción de significados y experiencias.

Descriptor: Trabajo de Parto; Emociones; Embarazo; Enfermería; Parto.

INTRODUCCIÓN

La atención del nacimiento y del parto sufrió transformaciones tales como cambiar el domicilio por el hospital, la mano de las parteras tradicionales por las de los médicos, de ser fisiológico asistido a medicalizado e instrumentalizado, de ser estrictamente fisiológico a estar respaldado por intervenciones. Más allá de que estas transformaciones traigan consigo la reducción de la mortalidad materna e infantil, la mujer pasó a ser solo una espectadora sometida a prácticas, perdiendo significativamente protagonismo en el parto⁽¹⁾.

Frente a la reducción del protagonismo de la mujer y el aumento de la cantidad de intervenciones durante el parto, se iniciaron discusiones en Brasil relativas a la atención del parto, y movimientos a favor de los derechos reproductivos de la mujer que culminaron en avances asistenciales obstétricos y mejoras en los indicadores de morbimortalidad materna en todo el país⁽²⁾, como la Red Cigüeña y el Programa de Atención Integral de la Salud de la Mujer (PAISM).

Estos cambios tuvieron como objetivo generar experiencias más positivas durante el parto. La vivencia de aspectos negativos en el parto natural puede favorecer la alternativa de una intervención quirúrgica⁽³⁾. La exposición más prolongada a la fase expulsiva asociada a la analgesia determina sensaciones poco favorables durante el parto.⁽⁴⁾ Las parturientas que atravesaron un parto pueden relatar sus experiencias positivas o negativas a otras mujeres.

Las embarazadas, particularmente las primerizas, escuchan experiencias de otras mujeres en los diferentes ámbitos que frecuentan, e imaginan cómo será su parto. Sin embargo, puede suceder que no existan experiencias negativas al momento de su parto. Ante ello, cabe preguntarse: ¿Cuáles serían las expectativas y vivencias de las primerizas respecto del proceso de parto? ¿Las dificultades y potencialidades yacentes en las expectativas se confirman luego del parto, de acuerdo a la percepción de la mujer?

El parto es un evento de enorme complejidad, esa experiencia es influida por el estado psicológico de la mujer y por sus interrelaciones sociales, así como por sus creencias culturales⁽⁴⁾. Las relaciones sociales cotidianas se construyen y son construidas por significados que tiñen las creencias culturales y la subjetividad. Dichos significados yacen en los fundamentos de las expectativas, acciones y conductas⁽⁵⁾.

Conocer las expectativas y experiencias sobre el parto puede ayudar a planificar acciones efectivas de humanización y empoderamiento, a la idealización de acciones educativas y de la atención brindada en el embarazo y el puerperio. La consideración de la subjetividad y de las necesidades individuales en el parto contribuye a calificar la atención de enfermería.

Ante tales considerandos, este estudio tiene como objetivo comprender las expectativas y vivencias de las mujeres primerizas en el parto.

MÉTODO

Estudio descriptivo de abordaje cualitativo, cuyo referencial teórico y metodológico es el

Interaccionismo Simbólico. El Interaccionismo Simbólico es una perspectiva teórica orientada a entender el modo por el cual los individuos interpretan a los objetos y personas con los que interactúan, y de qué manera la interpretación controla las acciones en situaciones específicas. El significado de personas y objetos es construido durante la interacción social y puede ser manipulado o modificado por un proceso de interpretación aplicado por la persona para entender y significar las cosas/personas con las que se encuentra⁽⁵⁾. La utilización de este referencial teórico se justifica, pues el parto es un momento de interacción y resignificaciones.

Datos recolectados con grupo de embarazadas de prenatal, con bajo riesgo obstétrico, en hospital de referencia nacional en atención y humanización del parto normal de Minas Gerais-Brasil. Las participantes fueron abordadas aleatoria y personalmente por el investigador, mientras esperaban su consulta prenatal. Se les explicaron los objetivos y métodos del estudio, y fueron consultadas sobre su voluntad de participar del mismo. Ante respuesta positiva, luego de firma de término de consentimiento libre e informado, se realizó la primera entrevista. A pesar de referirse a sus sentimientos y dificultades emocionales, ninguna embarazada/puérpera manifestó incomodidades por la investigación. Los investigadores tuvieron contacto, luego de la entrevista, con todas las participantes. En la primera entrevista y grupo focal, las participantes contactaron a un investigador para informarle del nacimiento del niño; el mismo investigador se contactó con las puérperas luego de la segunda entrevista.

Dicho contacto posterior permitió a la participante informar sobre posibles consecuencias de las entrevistas y grupo focal. La muestra utilizó el método de saturación de datos para su cierre. Así, la saturación fue alcanzada en la novena entrevista. Fueron entrevistadas dos mujeres más, con el fin de constatar la saturación de los datos. Consecuentemente, participaron del estudio 11 mujeres en el preparto y taller, y 05 en el posparto.

Para recolectar los datos se utilizó entrevista semiestructurada, taller y diario de campo. La entrevista semiestructurada fue aplicada en el domicilio de la participante, antes y después del parto, por el investigador. Se eligió un lugar en el domicilio, en el cual permanecieron solo la participante y el entrevistador, previamente capacitado.

Las entrevistas fueron orientadas por un guión ya testeado con primerizas y puérperas, antes del período de recolección de datos. Durante dicho testeo se observó que el término "parto" era comprendido por la primeriza solo como el momento expulsivo. Como pretendíamos comprender las expectativas creadas desde el inicio de las contracciones, utilizamos la expresión "trabajo de parto" en las preguntas orientadoras. Dicha dificultad no fue percibida en el testeo con las puérperas, por lo que el término "parto" se mantuvo. Estas participantes no fueron incluidas en la muestra final.

Fueron entrevistadas primerizas con más de 36 semanas de gestación, sin complicaciones, sin embarazo de alto riesgo. La entrevista preparto fue orientada según guion integrado por dos partes. La primera contenía datos

generales, como edad, edad gestacional, estado civil y escolarización. Las preguntas orientadoras integraban la segunda parte del guión, y consultaban: ¿Qué es el trabajo de parto para ti? ¿Qué crees que va a ayudarte durante el trabajo de parto? ¿Qué crees que será lo más difícil durante tu trabajo de parto? Al finalizar la primera entrevista, la participante fue invitada a presentarse a un taller en el cual era elaborado el *bodymapping*, instrumento de recolección de datos caracterizado por el diseño del cuerpo en tamaño natural, en el cual las participantes expresan de manera artística los sentimientos y aspectos de la vida relacionados con la temática-foco, como creencias, conocimientos, emociones y deseos. Este tipo de instrumento es ampliamente utilizado para trabajos que apuntan a explorar la naturaleza de los modelos de salud y bienestar de cada sujeto⁽⁶⁾. De esta manera, las participantes tienen oportunidad de manifestarse.

La temática que orientó la elaboración del *bodymapping* del estudio fue el proceso de parición, habiéndose utilizado las preguntas orientadoras de la entrevista individual. En el taller se dibujó el contorno del cuerpo de la embarazada; a partir de ahí, ellas respondieron las preguntas utilizando figuras, diseños y frases por dentro y por fuera del contorno corporal esbozado en el papel, en tamaño natural. Al finalizar el taller, las embarazadas compartieron las preocupaciones, expectativas y conocimientos, utilizando el mapa corporal construido.

Los mapas fueron fotografiados para posterior análisis. El taller tuvo una duración aproximada de 60 minutos, estuvo a cargo de

los dos investigadores, siendo que uno de ellos había recibido capacitación para conducción de grupos. Hacia el final se realizó una síntesis y validación de los datos recolectados. Las participantes concordaron con la síntesis, y contaron con la oportunidad de incluir aspectos que no habían sido mencionados anteriormente. Las notas de campo fueron realizadas inmediatamente después de la culminación del taller.

La segunda entrevista tuvo lugar en el domicilio de las entrevistadas, aproximadamente quince días después del parto, y se compuso de dos partes. En la primera, se realizaron preguntas sobre el tipo de parto, complicaciones, familiares/amigos presentes al momento del parto. En la segunda parte, se propusieron las consultas: "Cuéntame cómo transcurrió tu parto. ¿Qué dificultades experimentaste? ¿Qué fue lo que sentiste que te ayudaba en el momento del parto?"

Las entrevistas y el taller fueron grabados y transcritos íntegramente, inmediatamente después de su realización. El guion de la entrevista fue previamente testeado para adaptar las preguntas. Las entrevistadas fueron identificadas con siglas: AP, referente a la entrevista previa al parto, y DP para después del parto; y M seguido por número consecutivo y orden de recolección de datos. El taller tuvo como identificación la letra "G", seguida por la "P" y el número de la silla ocupada por las participantes, preservándose así su anonimato. Los datos fueron recolectados entre octubre de 2018 y febrero de 2019.

Para analizar los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin, definido como un conjunto de instrumentos de análisis de las comunicaciones que busca la comprensión de los significados de los testimonios a través de la inferencia.⁽⁸⁾ Fue realizada entonces la lectura fluctuante de todas las entrevistas transcritas integralmente, definiéndose el *corpus* del material. La codificación de datos se realizó por identificación de temas que expresaran el significado de los testimonios, con el fin de clasificarlas por grupos en función de sus similitudes. Fueron identificados los temas: el parto imaginado y el parto real; la planificación y el parto: un momento especial entre aceptación y refutación de las intervenciones. Dichos temas dieron origen a la categoría "Parto, experiencia determinante". Los temas originados en los agrupamientos que describían los factores que provocaron dificultades o facilidades para el momento del parto culminaron en la construcción de la categoría "Entre expectativa y vivencias". Finalmente, se interpretaron las categorías sobre la base de las inferencias y la literatura científica⁽⁷⁾.

La investigación fue llevada a cabo conforme los estándares éticos, recibiendo aprobación del Comité de Ética en Investigación, dictamen n° 3.186.684, Certificado de Presentación para Valoración Ética 87584818.1.3001.5132.

RESULTADOS

Diez participantes de la entrevista preparto y del taller eran casadas, con media etaria de 29 años y escolarización de nivel superior. En la entrevista posparto, cuatro mujeres

refirieron haber experimentado parto normal, según lo planificado, y una fue sometida a cesárea en razón de la posición pélvica del bebé. En la realización de la segunda entrevista, algunas participantes de la primera etapa no pudieron ser localizadas, posiblemente estuvieran en casa de familiares o amigos.

Luego del análisis de datos surgieron dos categorías: 1. Parto: experiencia determinante; 2. Entre expectativas y vivencias.

Parto: experiencia determinante

Las expectativas en torno al parto están presentes en la vivencia del embarazo. Según el testimonio de las entrevistadas, ellas esperaban que el parto no tuviera complicaciones, fuera tranquilo, seguro, humanizado, y que transcurriera acorde lo planificado. Eso resulta evidente al observar testimonios como los siguientes:

Espero que todo suceda dentro de lo correcto, que todo salga bien. Que mi organismo esté preparado y trabajando para que todo salga bien, que el bebé esté seguro y sano, y que yo tenga también el respaldo de todos los que van a estar allá. [...] También espero que sea, no voy a decir rápido, de ninguna manera; pero al menos, que demore un tiempo razonable, isin complicaciones! (APM1).

Lo que yo espero de mi trabajo de parto es que nuestras decisiones sean respetadas, H. y yo hicimos una planificación del parto. Espero que tenga libertad en el trabajo de parto, para que o pueda ir adelante y expresar todo aquello que esté sintiendo (GP1).

Las primerizas del estudio esperan que el momento del parto sea especial para ellas, por

tratarse de algo que las marcará por el resto de su vida:

Para mí, yo creo que sería una realización única, de verdad no tengo palabras para describir cuán importante es para mí un parto normal, sería una realización única, una realización enorme, porque es un momento único (APM8).

Bueno, yo creo que va a ser el momento más importante y determinante de mi vida, y es exactamente por eso que hemos buscado esta experiencia de S. con el parto humanizado, porque entendemos que debemos contar con la mayor seguridad, por tratarse de un momento en que se precisa de una enorme serenidad, por quedar marcado durante toda la vida, así. ¡Creo que va a ser uno de los momentos más importantes de toda mi vida! (APM4).

En el puerperio, las mujeres refieren que el parto fue una experiencia determinante y que sucedió de acuerdo con lo planificado:

Mi marido cortó el cordón umbilical y tuvo mucha participación. Sin duda fue una experiencia increíble e inolvidable, de esa manera planificamos recibir a nuestro hijo (DPM5).

En general, todo fue como yo esperaba. Lo que sucedió de diferente fue que no ocurrió en la bañera y que la placenta no salió por sí sola, habiendo sido necesario retirarla. Pero nada que modifique la belleza y la fuerza de todo lo que vivimos (DPM1).

Las embarazadas esperan que no resulten necesarias intervenciones invasivas, como la episiotomía, la cesárea y el uso de ocitocina. No obstante ello, intentan prepararse psicológicamente para aceptar tales intervenciones ante necesidad imperativa.

Si voy acompañando y veo que es necesaria una intervención, está claro que permitiré que se haga,

porque nuestra seguridad está por encima de todo, la mía y la de ella, está claro; pero todo lo que yo pueda hacer durante el tiempo necesario para que ella esté lista, desde el momento en que se me demuestre que está lista, yo lo voy a hacer (APM5).

A pesar de que las embarazadas hubieran deseado que no se realizase ninguna intervención, la mayoría de ellas fue sometida a diferentes prácticas con las cuales o estuvieron de acuerdo, o bien las solicitaron:

Después de 5 horas de esa fase, empecé sentirme muy cansada, las contracciones eran cortas, e incluso con la ocitocina sintética utilizada luego de mi consentimiento, no hubo evolución en el cuadro. El bebé iniciaba el descenso y volvía. Entonces, por increíble que parezca, yo pedí que se realizara una episiotomía (DPM4).

Entre expectativas y vivencias

Las embarazadas participantes del estudio indicaron como posibles factores que las ayudarían durante la experiencia del parto: la presencia de la familia, de profesionales calificados y un ambiente convenientemente equipado. Percibieron que la preparación mental y corporal también es necesaria para que la vivencia fuera positiva. Los testimonios que siguen permiten observar la corroboración de tales aspectos:

Espero tener apoyo en ese momento, yo elegí a mi esposo L., además de a mi madre y mi hermana, que creo que me van a ayudar mucho en ese momento (GP2).

Ante todo el apoyo emocional, los masajes para aliviar el dolor, el grifo caliente, las indicaciones y el monitoreo de los profesionales que

estén a cargo, y el apoyo de mi marido (APM9).

Después del nacimiento, ellas expresaron que el conocimiento adquirido durante el embarazo, la participación de la familia y el apoyo profesional resultaron factores que las ayudaron durante el parto:

El conocimiento adquirido sobre el tema y la excelente elección de los profesionales que me acompañaron, así como la participación de mi familia hizo toda la diferencia para que yo me sintiera más segura al momento del nacimiento de mi hija (DPM4).

Cuando estaban embarazadas, ellas imaginaban que durante el parto las molestaría la aparición de dolor, cansancio, ansiedad, acogimiento del equipo profesional, complicaciones, intervenciones y comunicaciones telefónicas. Podemos observar los testimonios a continuación:

Yo creo que la debilidad es el dolor que se sufre en el parto, que una no conoce, pero que puede resultar tan cansadora que hasta podría dormirme, o incluso hacerme llegar al desmayo (GP2).

Mi ansiedad, porque yo realmente soy muy ansiosa y creo que mi ansiedad puede ser un factor que me moleste en mi trabajo de parto. Y creo que más que mi ansiedad puede incluso molestarme la manera en la cual yo sea recibida en el hospital (APM8).

De los factores citados más abajo, las púerperas informan de aquellos que realmente les han provocado molestias en el proceso de parición.

Las dificultades comenzaron cuando mi presión subió, ahí tuve miedo y ansiedad, pensé que no lo conseguiría y debería someterme a una cesárea (DPM3)

El hecho de tener personas cercanas que pretendían que no realizara el parto del modo que yo lo deseaba y la falta de conocimiento del médico de guardia, que no sabía atender un parto pélvico normal (DPM4).

DISCUSIÓN

El parto real es un momento de redescubrimiento y resignificación para la mujer respecto de su capacidad y fuerza⁽⁸⁾. En la visión del interaccionismo, las expectativas de la primeriza en relación al parto derivan de los significados construidos en la interacción con el ambiente, consigo misma, con personas de su entorno social y con los profesionales, a través de compartir sentimientos, experiencias, conocimientos y otros aspectos presentes en tales relaciones. Dicha información influye en la comprensión y las expectativas de la mujer en torno a los acontecimientos del parto. Tales significados fundamentaron las acciones^(7,9) y ayudaron a las primerizas participantes del estudio a prepararse para el parto.

En la atención brindada por el profesional durante el embarazo, el parto y el puerperio, la interacción y la comunicación ocupan roles centrales, toda vez que mediante ellas, el profesional planifica la atención de salud y conoce a la mujer y a su familia⁽⁵⁾. La atención fundada en la humanización y la participación activa de la red de apoyo en la toma de decisiones puede traer consigo, al momento del nacimiento, la resignificación del momento del parto para la mujer y la familia⁽⁹⁾.

Durante la vivencia del parto, insertas en el contexto real del nacimiento, ellas permiten y se someten a las intervenciones que juzgaban inaceptables antes del parto. El conjunto de

significados anteriores toma nuevos contornos durante la experiencia, determinando la resignificación y la aceptación de posibilidades antes consideradas como imposibles⁽⁵⁾. Vale destacar que existen situaciones en las que las intervenciones son necesarias, aunque es preciso informar a la parturienta sobre el procedimiento a realizarse, involucrándolas en las decisiones y reafirmando su protagonismo⁽¹⁰⁾. El exceso de intervenciones durante el parto tienen un potencial efecto descalificador en la atención brindada a la mujer en su trabajo de parto. Ante la circunstancia, están siendo propuestos diversos cambios por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud, haciendo énfasis en mejorar la atención de la mujer y en el rescate y revalorización del parto normal, a efectos de humanizar la atención de salud⁽¹¹⁾.

Tales cambios están siendo gradualmente integrados a la atención cotidiana, dado que es necesario considerar los significados del parto construidos en el marco de las relaciones sociales⁽⁵⁾. La presencia de familiares en el parto fortalece el vínculo entre los miembros e impacta positivamente en la relación entre estos y el recién nacido. Este momento es fundamental para la valorización del trabajo de parto y para madurar la posterior maternidad⁽⁸⁾.

La embarazada espera que los profesionales estén calificados, que le ofrezcan respaldo, seguridad, humanización, respeto, información, apoyo técnico continuo, confianza y estrategias para la reducción del dolor. Por ello, la atención esperada trasciende el modelo biomédico centralizado, y los

significados construidos durante la interacción guían las acciones de los involucrados en beneficio de la atención⁽⁵⁾.

La confianza y responsabilidad de los profesionales sustentan la continuidad del cuidado, pero la usuaria del servicio debe asumir su responsabilidad en la atención de salud, ejerciendo así su protagonismo en la atención⁽¹⁰⁾. La valorización de los intercambios generados en el entorno califican la atención brindada por los profesionales^(16,12). La interacción puede determinar resignificaciones para ambos⁽⁵⁾. Las vivencias de la mujer en relación al parto dependerán de significados devenidos de sus creencias culturales, sus miedos, sus interacciones con los profesionales involucrados y con los familiares que la acompañan, conjuntamente con el nivel de información al cual ella haya accedido⁽²⁾.

La posibilidad de acceso a información sobre el nacimiento es fundamental para el proceso de (re)significación, haciendo posible un aumento de la confianza de la mujer en su capacidad de parir, en el empoderamiento femenino, en la validación de la experiencia y en la preparación para el nacimiento de su concebido.⁽⁸⁾ El empoderamiento de las embarazadas y de sus acompañantes debe formar parte de las acciones de educación y promoción en salud desde el prenatal.⁽¹³⁾ Escuchar y brindar información sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido contribuyen a la construcción de significados que resulten en comportamientos favorables al proceso de parición.⁽³⁾

De las variadas fuentes de las cuales la mujer puede obtener información, los testimonios

hicieron foco en la importancia de aquella brindada por los grupos de embarazadas como un factor que ayudó durante el parto. El conocimiento adquirido en dicho ámbito permite también desarrollar expectativas más positivas⁽⁴⁾. Es necesario discutir en el grupo las condiciones emocionales y psicológicas de la mujer, así como los conocimientos relativos a la condición física.

Las mujeres y sus acompañantes deben recibir información, apoyo psicoemocional y orientación sobre prácticas que mejoren la experiencia del parto⁽⁴⁾. El grupo es el espacio en el que la embarazada puede recibir dicha preparación. El uso de dinámicas favorece el aprendizaje, la interacción, el apoyo y el intercambio de conocimientos entre las embarazadas, acompañantes y profesionales⁽¹⁴⁾. No obstante, es necesario que los profesionales que estarán a cargo del grupo posean conocimiento sobre dinámica de grupos y su correcta aplicación.⁽¹⁵⁾

El conocimiento recabado en el día a día en grupos, en la interacción con personas del entorno social, los medios y por otras vías, ayudan a significar y resignificar el parto. Los profesionales que atienden el parto deben reconocer tales saberes y brindar indicaciones necesarias en pro de humanizar el contexto. El reconocimiento de los saberes de la parturienta construye la humanización del cuidado⁽¹⁰⁾. Además del conocimiento adquirido durante el prenatal, la información y el respaldo recibidos en el trabajo de parto pueden otorgarle a la parturienta una mayor tranquilidad y apoyo durante el proceso⁽¹⁶⁾.

El recuerdo de significados positivos y la espiritualidad no fueron citados por las

participantes en el parto, pero aparecen en las entrevistas posteriores al mismo. Frente al dolor y los momentos críticos del proceso de parición, la espiritualidad contribuye a reducir el dolor⁽¹⁷⁾ y refresca el ánimo para continuar hasta el final. Las actividades que incluyen el uso de la pelota suiza, así como la acupuntura ayudan en la reducción del dolor y en aspectos subjetivos⁽¹⁸⁾. A decir verdad, existen múltiples factores que pueden ayudar a la mujer durante el parto. Sin embargo, algunos de ellos pueden provocar dificultades o interferir en la consecución del parto esperado.

Entre tales factores se encuentra el dolor. Fue constatado en los resultados que el dolor constituye una expectativa preocupante para las primerizas. A pesar de que esperan que durante el parto se les ofrezcan métodos que permitan aliviar el dolor, algunas refieren ansiedad y miedo de no poder enfrentar esta dificultad. De hecho, la literatura expresa que el dolor es uno de los predictores relacionados con una experiencia traumática del parto⁽¹⁰⁾. Otros estudios también determinaron que, al imaginar el momento del parto, con frecuencia, la mujer lo asocia a una situación desagradable, con presencia manifiesta de dolor, malestar y sufrimiento. El dolor, el miedo y la ansiedad pueden generar estrés y significar, para la parturienta, que el proceso está impregnado por el trauma. Dicha percepción intensifica el miedo, y puede motivar la elección de la cesárea para futuros embarazos⁽¹⁰⁾.

Después del parto, las mujeres no señalaron al dolor como un factor que efectivamente haya sido un obstáculo. Posiblemente, la

presencia de los factores facilitadores arriba citados, como la presencia de un familiar/acompañante, el uso de técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor y la analgesia farmacológica^(4,18) hayan ayudado a las primerizas a tener una experiencia más positiva, y el haber sido incluidas en protocolos institucionales les permitió insertarse en la promoción de una atención humanizada.⁽¹⁸⁾

Existen estudios que expresan que hay puérperas que tuvieron la confirmación de dicha expectativa durante el parto, y otras que no. De aquellas que confirmaron sus expectativas respecto del dolor, la alegría de haber experimentado esta vivencia fue reafirmada con independencia de la vía por la cual se dio su parto.⁽⁴⁾

La comunicación con la mujer le permite al profesional comprender expectativas mutuas, y en base a los significados profesionales, llevar adelante buenas prácticas obstétricas y los preceptos de la Política de Humanización del Parto.⁽¹⁰⁾ El enfermero debe conocer las expectativas, necesidades, valores y creencias, a fin de construir una atención personalizada.⁽¹⁹⁾ En dicho aspecto, la interacción profesional y particularmente con la enfermería puede convertirse en un factor diferencial en lo que hace a la construcción y validación de significados relacionados al parto.

El estudio tuvo la limitación de haber sido realizado en un hospital. Eso puede alterar el significado atribuido al parto, toda vez que las mujeres entrevistadas en servicios de atención básica y otros servicios podrían expresar vivencias diferentes. Además de ello, no fue

posible entrevistar a todas las puérperas que participaron de la entrevista preparto y del taller. Sin embargo, pudo percibirse que la experiencia del parto determina resignificaciones derivadas de las interacciones que suceden en el entorno. Los significados construidos en las relaciones cotidianas pueden cambiar en virtud de factores tales como el conocimiento y la vivencia de experimentar el parto.

CONCLUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo comprender las expectativas y vivencias del parto, momento teñido por diversos significados construidos socialmente en las relaciones del día a día. Dichos significados se convierten en aparentes en la construcción de las expectativas de parte que quien nunca ha pasado por la experiencia, tal el caso de las primerizas. Por eso, ellas esperan presencia de dolor, cansancio, discursos negativos de personas del entorno social, ansiedad, complicaciones e intervenciones.

Aun considerando la experiencia de otras personas y los significados socialmente construidos, ellas intentaron prepararse para tener una experiencia positiva durante el parto, que podría ser un momento determinante. Fue así que buscaron asegurar la presencia de determinados familiares durante el parto, profesionales calificados y amables, métodos para aliviar el dolor, un parto humanizado y preparación del cuerpo y la mente.

El hecho de atravesar el parto determina resignificaciones y la confirmación de significados anteriormente construidos. Las

puérperas percibieron que los conocimientos adquiridos en grupos de embarazadas, el recuerdo de significados positivos, la fe, la familia y los profesionales, realmente ayudaron durante el parto. La ansiedad y los significados socialmente construidos que les llegaron a través de sus relaciones cotidianas interfirieron negativamente en la vivencia del parto.

La experiencia del parto puede generar la resignificación de paradigmas culturales y sociales. En tal contexto, la interacción con profesionales y el entorno social posee aspectos significativos que resultan de ayuda en el proceso de parto.

Conocer los factores que benefician y generan molestias en el proceso de parición, así como la importancia de la interacción entre profesional y parturienta, enfoca la importancia del uso de técnicas relacionales que favorecen la atención obstétrica. Dichas técnicas deben ser consideradas al momento de elaborar políticas públicas, al implementarse estrategias intersectoriales, en la formación de profesionales y en la educación continua.

El vínculo, la acogida, el diálogo y la comprensión de los significados atribuidos por las embarazadas y puérperas pueden utilizarse para preparar psicológica, emocional y físicamente a los grupos de embarazadas para sus respectivos partos. En el taller se observó que se estaba ante un momento ideal para el intercambio de información y aprendizaje. Las actividades grupales podrían aplicarse en el parto, en la preparación emocional de las embarazadas para el parto, considerando que potencia el empoderamiento

y constituye un espacio para intercambiar experiencias.

REFERENCIAS

1. Vendrúscolo CT, Krueh CS. The history of childbirth: from homes to hospitals, midwives to physicians, subjects to objects. *Disciplinarum Scientia: Ciências Humanas*. [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 15]; 16(1):95-107. Available from: <http://doi.org/10.37780/ch.v16i1.1842>.
2. Santos S, Fabbro MRC. The difficult task of choosing natural childbirth. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 15]; 24:11. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100211>.
3. Souza Y, Faro A. Predilection, expectation and birth experience: what do they think pregnant and primiparae?. *Psic Saúde & Doenças*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 15]; 19(2):243-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190207>
4. Fenaroli V, Molgora S, Dodaro S, Svelato A, Gesi L, Molidoro G, et al. The childbirth experience: a obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 21]; 19(1):419. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2561-7>.
5. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 15]; 27(2):e4250016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.
6. Gubrium AC, Fiddian-Green A, Jernigan K, Krause EL. Bodies as evidence: Mapping new terrain for teen pregnancy and parenting. *Glob public health*. [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 15]; 11(5-6):618-635. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1143522>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. The

- satisfaction of the normal delivery: finding oneself. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 20]; 39:e20170218. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>
9. Villa CM, Flores YR. Experiences Influencing upon the Significance of Obstetric Care in Mexican Nurses. *Invest Educ Enferm.* [Internet]. 2018; [cited 2019 nov. 15]; 36(1):e12. Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e12>.
 10. Reis KC, Ferreira D, Santos I, Brandão TW. Women's perception of their first labor experience: implications for nursing. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 mar. 15]; 23(2):45-56. Available from: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120026>.
 11. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciênc. Saúde Coletiva.* [Internet]. aug. 2019 [cited 2020 mar. 15]; 24(8):2811-2824. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
 12. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet] 2017 [cited 2020 mar. 15]. 21(4):e20160366. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
 13. Brüggemann OM, Ebsen ES, Ebele RR, Batista BD. Possibilities of inclusion of the partner in deliveries in public institutions. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet] 2016 [cited 2020 mar 15]. 21(8):2555-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.16612015>.
 14. Queiroz MVO, Menezes GMD, Silva TJP, Brasil EGM, Silva RM. Pregnant teenagers' group: contributions to prenatal care. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2020 jan 25]. 35(spe) e2016-0029. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>.
 15. Nunes FC, Caixeta CC, Pinho ES, Souza ACS, Barbosa MA. Group technology in psychosocial care: a dialogue between action-research and permanent health education. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 jun 15]; 28:e20180161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0161>.
 16. Dias EGG, Ferreira ARM, Martins AMC, Jesus MM, Alves JCS. Efficacy of non-pharmacological methods for pain relief in labor normal of parturition. *Enferm Foco (Brasília).* [Internet]. 2018 [cited 2020 mar. 15]; 9(2):35-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1398>.
 17. Boryri T, Noori NM, Teimouri A, Yaghoobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* [Internet]. 2016 [cited 2020 mar.17]; 21(3):239-46. Available from: <https://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.180386>.
 18. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MAP, et al. Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 29]; 32(3):350-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.
 19. Junges CF, Brüggemann OM, Knobel R, Costa R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 mar.17]; 26:e2994. Available from: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2251.2994>.