

CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS RESIDENTES ACERCA DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO

Leticia Bastos Vilela Feijão¹, Lara Mabelle Milfont Boeckmann², Manuela Costa Melo³

Objetivo: conhecer as percepções, vivências e experiências de residentes de Enfermagem Obstétrica acerca da humanização da assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto de risco habitual. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem na investigação qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 10 residentes de enfermagem obstétrica, no período de maio a agosto de 2016. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para tratamento dos dados. **Resultados:** evidenciou-se que as participantes conhecem e estimulam as boas práticas durante a assistência fornecida. No entanto, os achados apontam a existência de desafios no cenário prático que necessitam ser superados. **Conclusão:** as evidências encontradas podem contribuir para reflexões que auxiliem a promoção das boas práticas na atenção obstétrica.

Descritores: Parto, Parto Humanizado, Enfermeiras Obstétricas.

KNOWLEDGE OF RESIDENT NURSES REGARDING GOOD PRACTICES FOR CHILDBIRTH CARE

Objective: to know the understanding and experiences of Obstetric Nursing residents regarding the humanization of care based on good practices of attending to regular risk childbirth. **Methodology:** this is a descriptive and exploratory study of approach in qualitative research. The data were collected through interviews with 10 residents of obstetric nursing, from May to August 2016. Content analysis by Bardin was used for data treatment. **Results:** it was shown that the participants were familiar and stimulate the good practices during the assistance provided. However, the findings point to the existence of challenges in the practical scenario that need to be overcome. **Conclusion:** the evidence found may contribute to reflections that help to promote good practices in obstetric care.

Descriptors: Delivery, Humanizing Delivery, Obstetric Nurses

CONOCIMIENTO DE ENFERMERAS RESIDENTES ACERCA DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO

Objetivo: conocer las percepciones, vivencias y experiencias de residentes de Enfermería Obstétrica acerca de la humanización de la asistencia pautada en las buenas prácticas de atención al parto de riesgo habitual. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo y exploratorio de enfoque en la investigación cualitativa. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas con 10 residentes de enfermería obstétrica, en el período de mayo a agosto de 2016. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin para tratamiento de los datos. **Resultados:** se evidenció que las participantes conocen y estimulan las buenas prácticas durante la asistencia suministrada. Sin embargo, los hallazgos apuntan la existencia de desafíos en el escenario práctico que necesitan ser superados. **Conclusión:** las evidencias encontradas pueden contribuir a reflexiones que ayuden a promover las buenas prácticas en la atención obstétrica.

Descriptores: Parto, Parto Humanizado, Enfermeras Obstétricas.

¹Enfermeira. Especialista em enfermagem Obstétrica. Docente no Curso de Enfermagem de Educação Superior de Brasília, DF. E-mail: enf.leticiaivilela@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasília, DF.

INTRODUÇÃO

A assistência humanizada ao parto de risco habitual vem sendo objeto de diversas discussões tanto no âmbito nacional como no âmbito internacional. A questão da mudança de modelo biomédico vigente tem sido um desafio há décadas no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro têm recomendado práticas da humanização do cuidado, segurança e qualidade em relação ao parto e nascimento, também chamadas de “boas práticas”⁽¹⁾.

Em 1996, as boas práticas de atenção ao parto de risco habitual foram divulgadas como recomendações da OMS⁽²⁾. No ano de 2000, o MS reafirmou a importância dessas práticas com a divulgação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria/GM n.º 569⁽³⁾. Em 2011, as mesmas boas práticas de atenção ao parto foram novamente publicadas e reforçadas pela atual política materno-infantil intitulada Rede Cegonha⁽⁴⁾.

As boas práticas de atenção ao parto de risco habitual envolvem ações de humanização da assistência à parturiente, como, por exemplo: oferta de líquidos, orientação e educação em saúde, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, monitoramento fetal, estímulo às posições verticalizadas, movimentação durante o trabalho de parto, contato pele a pele entre mãe e filho, amamentação precoce, entre outras ações⁽²⁻⁴⁾.

Nesse contexto, entende-se por humanização da saúde as competências técnicas e científicas de acordo com os princípios éticos, as quais são somadas e reconhecidas para a melhoria do atendimento e do planejamento do cuidado individualizado⁽⁵⁻⁶⁾.

Entretanto, percebe-se que para os profissionais que atuam no cenário da assistência ao parto a atual política de humanização se contrapõe ao modelo biomédico obstétrico vigente, sendo este geralmente fundamentado a partir do autoritarismo, do não incentivo à autonomia e do protagonismo da gestante. Isso resulta em práticas obstétricas intervencionistas, medicalizadas e tecnológicas, em que a assistência obstétrica é medicocentrada⁽⁷⁻⁸⁾.

Dessa forma, são muitos os esforços para promover e consolidar as práticas de humanização. Profissionais de diversas categorias, especialmente os enfermeiros obstetras, têm aderido e disseminado as boas práticas de atenção ao parto, buscando promover uma assistência de qualidade e segura para gestantes⁽⁸⁻⁹⁾.

A Rede Cegonha, atual estratégia política ministerial, estimula e promove a atuação do enfermeiro obstetra por meio da ampliação das casas de parto, centros de parto normal e incentivo à formação desse profissional por meio dos programas de residência de enfermagem obstétrica. Entretanto, conflitos têm acontecido devido à categoria

médica sentir seu espaço expropriado pela mudança de papéis e poderes na cena do parto, onde o enfermeiro obstetra, com atuação legitimada pelas políticas públicas, constitui importante estratégia para promover a humanização em um espaço no qual ainda persiste a hegemonia médica, condutas intervencionistas e elevados índices de cesárea^(4,8,10-11).

O Brasil é considerado o líder mundial na realização da cesárea. Pelos dados do MS, o número de nascimentos por cesarianas no Brasil cresceu de 38,7% em 2002 para 55,7% em 2012⁽¹¹⁾. Com isso, observa-se que as boas práticas ainda não foram internalizadas pelos profissionais de saúde, além de que o contingente de enfermeiros obstetras ainda é incipiente, pois a estimativa do número de profissionais da categoria no Brasil é de no máximo 10.000⁽¹⁰⁾. Dessa forma, é fundamental o estímulo à formação de mais profissionais. A OMS recomenda no mínimo uma parteira qualificada para cada 125 nascimentos ao ano. Para isso, o Brasil deveria possuir ao menos 23.000 obstetras/ou EOs⁽¹⁰⁾. Acredita-se que devido à humanização na sua formação não ser intervencionista, os EOs podem contribuir efetivamente para a mudança de modelo, redução das cesáreas e da inserção das boas práticas de assistência ao parto⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Assim, objetivou-se conhecer as percepções, vivências e experiências de residentes de Enfermagem Obstétrica acerca da assistência humanizada pautadas nas boas práticas de atenção ao parto de risco habitual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, abordagem na investigação qualitativa⁽¹²⁾. Os participantes foram 10 residentes de enfermagem obstétrica do primeiro e segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. As residentes realizaram suas práticas no centro obstétrico e concordaram em participar voluntariamente do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra intencional foi determinada por saturação dos relatos obtidos a partir da análise dos dados⁽¹³⁾. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos, todas gravadas em gravador digital, e em seguida ouvidas e transcritas de forma integral. Para preservar a identificação das participantes, utilizou-se a letra R para a identificação das falas, com as respectivas numerações subsequentes.

A coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovação parecer 1.525.857 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 55350816.8.0000.5553. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido exclusivamente para este estudo.

A partir da coleta, leitura e transcrição, procedeu-se à

aplicação da análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁴⁾. Esse processo seguiu-se as três etapas distintas: a primeira consistiu na organização dos depoimentos, realizada a identificação das verbalizações, temas, categorias; segunda consistiu na comparação da análise feita na etapa anterior, exploração desse material por meio da classificação e codificação dos dados, recortando as unidades de análise; e a última etapa consistiu no agrupamento dos dados obtidos, interpretação desses resultados, elaboração das sínteses que emergiram das entrevistas, o que permitiu realizar as interpretações acerca do conteúdo dos relatos

Para manter o rigor no estudo, foi utilizada a lista de critérios consolidados para o *Reporting* Pesquisa Qualitativa (COREQ) como ferramenta de apoio. Esse é constituído por 32 itens de verificação com relação à equipe de pesquisa, o projeto de pesquisa e análise dos dados em relação a métodos de pesquisa qualitativa⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

A pesquisa foi conduzida com 10 residentes de enfermagem obstétrica, sendo todos do sexo feminino, faixa etária entre 21 a 28 anos. Duas possuem pós-graduação prévia em áreas afins. Tempo de formada entre um e cinco anos. Nenhuma delas trabalhou anteriormente na área de obstetria. Referente à categorização e à interpretação dos discursos, emergiram três categorias de análise, a seguir: Cumprimento e entendimento das boas práticas de atenção ao parto; Benefícios das boas práticas de atenção ao parto; Desafios identificados no cenário para o cumprimento das boas práticas na atenção ao parto.

Categoria 1: Cumprimento e entendimento das boas práticas de atenção ao parto

Verificou-se, a partir dos relatos transcritos, que as residentes realizam e compreendem em que consistem as boas práticas durante a assistência ao parto. Ressalta-se que o entendimento das boas práticas é adquirido por meio de embasamento científico, como observamos nos relatos seguintes: *“São práticas evidenciadas cientificamente que contribuem positivamente para o processo parturitivo e para o parto e pós-parto [...]”*(R2); *“[...] Procuro [...] facilitar o trabalho de parto, estímulo o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida”*(R6).

Categoria 2: Benefícios das boas práticas de atenção ao parto

Para essa categoria temática, cerca de oito participantes relataram que as principais vantagens da utilização das boas práticas consistem no incentivo ao protagonismo, ao empoderamento da parturiente, melhoria e confiança na relação interpessoal entre a parturiente e os membros da equipe, índices satisfatórios da vitalidade fetal após o

nascimento e redução da duração do trabalho de parto; os quais são desfechos positivos e marcantes para a mulher, sendo esses fatos expressos em suas falas: *“Com certeza eu vejo benefícios diversos, primeiramente é o empoderamento da mulher [...], ela fica bastante tranquila, trabalho de parto tende a evoluir mais tranquilo também e o bebezinho nasce muitas vezes mais sereno, bem tranquilo. Eu acredito que os benefícios vão além, para a família toda, né?”* (R1); *“Eu percebo que as boas práticas promovem um protagonismo da mulher, oferece conforto, segurança, confiança com o profissional, percebo que [...] partos que evoluem de uma forma mais tranquila, com menos intercorrências, bebês nascem com valor de Apgar maior e um relato de desfecho positivo na vivência da mulher”* (R3); *“[...] da mulher se sentir melhor, eu acho que esse é o benefício, dela ter uma boa lembrança em relação ao parto [...]”* (R7).

Categoria 3: Desafios identificados no cenário para o cumprimento das boas práticas na atenção ao parto

Com relação aos desafios encontrados para a realização das boas práticas na atenção ao parto, todas as residentes expressaram opiniões semelhantes, apontando as dificuldades do trabalho em equipe, a carência de recursos materiais, infraestrutura adequada e a falta de preceptores em alguns campos de atuação: *“[...] Temos a estrutura física que não favorece a privacidade da mulher, temos a falta de recursos. Outro ponto também é a resistência dos outros profissionais, os médicos em respeitar essas práticas”* (R1); *“A falta de preceptores no setor, a equipe da enfermagem ou da medicina, que em muitos lugares não dão abertura para a atuação do residente”* (R2); *“Eu encontro desafios normalmente em relação aos médicos que não apoiam e não compreendem as práticas que eu realizo.”* (R3); *“Às vezes, encontro resistência de outros profissionais ou barreiras institucionais, espaço físico, rotinas e falta de protocolos que dificultam a realização dessas práticas”* (R6).

DISCUSSÃO

Compreender e utilizar as boas práticas implica reduzir com maior impacto a morbi-mortalidade materna e neonatal por meio de ações embasadas em evidências científicas e práticas humanizadas. Em contrapartida, a não adesão significa negligência e iatrogenia no cuidado por parte do profissional que atende a gestante, já que essas práticas são classificadas como eficazes e devem ser estimuladas⁽³⁾.

A utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento se propõe a acolher as mulheres com dignidade, respeito, atendimento apropriado e singular, buscando o seu protagonismo, isto é, ser capaz de conduzir seu próprio parto, a criação do vínculo mãe-filho⁽¹⁶⁾. Logo, humanizar a assistência ao nascimento envolve mudanças de atitudes,

tornando o nascimento um evento familiar e um processo fisiológico.

Neste estudo, foi frequente a fala das participantes com referência à importância de maior autonomia da gestante durante o trabalho de parto e a melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Estudo comprova os benefícios que ocorrem quando a mulher protagoniza o seu processo parturitivo obedecendo instintivamente ao mecanismo fisiológico para qual o corpo feminino foi preparado⁽¹⁷⁾.

Durante a assistência à parturiente, o enfermeiro deve instituir condutas embasadas cientificamente que valorizem o processo fisiológico do nascimento e parto, assim como o incentivo e a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, evitando intervenções desnecessárias e empenhando-se para que a parturiente e sua rede de apoio, composta por familiares, doulas e acompanhantes, tenham uma experiência do parto positiva⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Uma revisão sistemática publicada pela biblioteca Cochrane, avaliando 22 ensaios clínicos envolvendo um total de 15.288 mulheres, com o objetivo de observar os efeitos do apoio contínuo individual durante o período intraparto, trouxe como resultados: aumento no número de partos vaginais espontâneos, diminuição do uso de analgesia intraparto, menor percepção negativa da mulher sobre a experiência do parto, diminuição no número de cesáreas, redução da utilização de analgesia regional e diminuição do número de recém-nascidos (RN) com apagar menor que cinco⁽²⁰⁾.

O direito à presença do acompanhante durante o processo parturitivo, sendo de livre escolha da mulher, deve ser estimulado. Estudos demonstram que entre as atividades realizadas por eles estão as medidas de conforto físico e de apoio emocional, como: massagens, deambulação, oferta de líquidos/alimentos, incentivo a posições verticalizadas e utilização de exercícios respiratórios⁽²¹⁻²²⁾.

Referente aos desafios vivenciados para a prática de uma assistência humanizada, alguns estudos citam à resistência por parte dos profissionais médicos, razão pela qual é importante que ocorra a sensibilização de outras categorias profissionais para que o processo de parturição seja realizado de forma humana, holística e multiprofissional, tendo como objetivo uma equipe centrada, qualificada e unida, tendo cada

uma sua competência em serviço^(17,18,23).

Com relação aos conflitos evidenciados entre as categorias médicas e de enfermagem, a humanização como legitimidade profissional implica em um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função exclusiva, no parto normal, do médico obstetra para a enfermeira obstetra, legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência⁽²⁴⁾.

Assim, o cenário do parto hospitalar torna-se um ambiente em que a integração da equipe multiprofissional, em especial dos médicos obstetras e os enfermeiros obstetras, que por vezes divergem nas condutas, segue mão contrária a dos princípios norteadores da política de humanização.

Referente à estrutura física deficiente e à falta de protocolos relatados, dentre os desafios enfrentados para a assistência de qualidade à parturiente no sistema de saúde estão as precárias condições de trabalho, como o sucateamento da estrutura física e dos materiais. Tais barreiras colaboram para uma precária assistência, sendo necessária uma reorganização dos serviços, bem como a revisão e incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade^(10,16).

No que se refere à carência de profissionais para o acompanhamento da preceptoria, outros achados científicos corroboram os resultados deste estudo. Em pesquisa conduzida com 19 residentes egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2014, foram referidas dificuldades vivenciadas durante o programa de residência. Em torno de 21% das residentes apontaram a falta de acompanhamento dos preceptores durante suas atividades práticas⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Compreender e utilizar as boas práticas de assistência ao parto de risco habitual significa promover o processo parturitivo por meio de uma assistência com menor grau de intervenção, buscando estimular a autonomia da mulher e o respeito a sua fisiologia com vistas à segurança e à redução da morbimortalidade materna e neonatal.

“Durante a assistência à parturiente, o enfermeiro deve instituir condutas embasadas cientificamente que valorizem o processo fisiológico do nascimento e parto”

Neste estudo, constatou-se que as residentes reconheceram a importância da utilização das boas práticas de assistência ao parto de risco habitual, demonstraram possuir embasamento teórico e humanização, apoiando-se nas melhores evidências científicas com destaque para o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor, amamentação precoce, o incentivo à presença do acompanhante, o livre posicionamento, estímulo a posições verticalizadas e o contato pele a pele.

Contudo, os achados deste estudo evidenciaram desafios

para o cumprimento das boas práticas, representados pelas dificuldades proporcionadas pelo ambiente e entre as categorias profissionais que assistem o nascimento, como anteriormente mencionado.

Diante do exposto, espera-se, como desdobramento positivo deste estudo, que maior atenção seja dispensada às demandas da residência de enfermagem obstétrica pela importância que esta representa para a sustentação de um modelo de assistência à saúde em sintonia com as boas práticas de atenção ao parto.

REFERÊNCIAS

1. Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiência no Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm*. 2014;18(4):1006-10.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade segura – Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 8 jun 2000; Seção 1.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jun. 2011; Seção 1.
5. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):629-36.
6. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Eletr Enferm*. 2013;15(3):648-55.
7. Velasque EAG, Pradebon VM, Cabral FB. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):80-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União*, 8 jan 2015; Seção I.
9. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. *Rev Saúde Colet*. 2012;22(1):35-52.
10. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(4):1059-68.
11. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):304-13.
12. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. saúde pública*. 2008 jan; 24(1): 17-20.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. Brasil: Edições 70; 2009.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57. doi: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
16. Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Actas de Saude Colet*. 2016;10(3):199-213.
17. Guedes GW, Sousa MNA, Lima TNFA, Lima MNFA, Davim RMB, Costa TS. Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3860-7.
18. Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvante das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. *Rev Rene*. 2011;12(4):833-40.
19. Silva U, Fernandes BM, Paes MSL, Souza MD, Duque DAA. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(4):1273-9.
20. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
21. Alves MC, Brüggemann OM, Bampi RR, Godinho VG. Apoio a parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade escola. *Rev Fundam Care*. 2013;5(3):153-64.
22. SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):1-9
23. Oliveira JDG, Campos TNC, Souza FMLC, Davim RMB, Dantas JC. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência a parturiente. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3868-75.
24. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(3):627-37.
25. Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev de Enferm UERJ*. 2014;22(1):50-6.