

Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação obstétrica

Recebido em 01/10/2012
Aprovado em: 24/04/2013

Ahead of print: 16/05/2014

Natália Chantal Magalhães da Silva¹
Ludmila de Oliveira Ruela²
Zélia Marilda Rodrigues Resck³
Maria Betânia Tinti de Andrade⁴
Eliana Peres Rocha Carvalho Leite⁵
Mônica Maria de Jesus Silva⁶
Denise Hollanda Lunes⁷

Resumo: O estudo objetivou verificar o atendimento prestado pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. Optou-se pelo método quantitativo, descritivo, transversal e prospectivo. A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2011, abrangendo uma amostra de 30 puérperas de parto normal. Os resultados evidenciam que algumas atividades ainda estão em discordância com o que é recomendado pelo Programa de Humanização. É necessário o desenvolvimento de ações estratégicas, buscando a melhoria da qualidade da assistência que ainda se encontra aquém das expectativas.

Palavras-chave: Enfermagem; Humanização da assistência; Parto.

Humanization Nursing Care in a Hospital Unit Obstetrical

Abstract: The study aimed to verify the care provided by nursing staff during labor and birth. We chose the method quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective. Data collection was conducted from May to June 2011, covering a sample of 30 mothers of normal birth. The results show that some activities are still in disagreement with what is recommended by the Humanization Program. It requires the development of strategic actions, seeking to improve the quality of care that is still below expectations.

Keywords: Nursing; Humanization of assistance; Childbirth.

Humanización de la Atención de Enfermería en una Unidad Hospitalaria Obstétrica

Resumen: El estudio tuvo como objetivo verificar la atención recibida por el personal de enfermería durante el parto y el nacimiento. Elegimos el método cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y junio de 2011, que abarcó una muestra de 30 madres de nacimiento normal. Los resultados muestran que algunas actividades aún están en desacuerdo con lo que es recomendado por lo Programa de Humanización. Se requiere el desarrollo de acciones estratégicas, que buscan mejorar la calidad de la atención que todavía está debajo de las expectativas.

Palabras clave: Enfermería; Humanización de la asistencia; Parto.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um acontecimento associado à vivência da sexualidade, sendo o parto, portanto, um evento natural na grande maioria dos casos. Durante o período industrial o ato de dar a luz era de caráter íntimo e privado, sendo compartilhado somente entre mulheres. O aumento da morbi-mortalidade materna e infantil contribuiu para a transformação do nascimento em um evento médico⁽¹⁾.

A institucionalização do parto, primeira política de saúde pública dirigida à mulher, ocorreu em 1940. A partir desse momento, a proteção da saúde materno-infantil tornou-se alvo de políticas governamentais. Nas últimas décadas, começaram a surgir movimentos que propõem mudanças na maneira como se processam os cuidados e a assistência ao binômio mãe-filho, criticando a maneira como a tecnologia vem sendo empregada e interferindo na relação entre profissionais e clientes⁽²⁾.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), apresenta duas características básicas: a integralidade da assistência

obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher. O objetivo central é a reorganização do cuidado ofertado com a junção do pré-natal ao parto e puerpério, o que melhora o acesso e a qualidade da realização de um conjunto mínimo de procedimentos⁽³⁾.

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, é fundamental uma adequada preparação da gestante para o momento do trabalho de parto e nascimento do seu filho. Essa preparação inicia-se no pré-natal e envolve uma abordagem de acolhimento à mulher e seu companheiro no serviço de saúde, na qual se deve incluir o fornecimento de informações e um preparo físico e psíquico, além da elaboração de um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento. Atualmente, preconiza-se a realização de procedimentos benéficos tanto para a mulher quanto para o bebê, além do abandono de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, preservando a privacidade e autonomia da parturiente⁽³⁾.

¹ Enfermeira. Discente nível Mestrado do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG. E-mail: naty_chantal@hotmail.com

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Alfenas/MG.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas/MG.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/MG.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas/MG.

⁶ Enfermeira. Discente do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas/MG.

⁷ Enfermeira. Doutora em Fisioterapia. Docente do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas/MG.

De acordo com o Ministério da Saúde, parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos seis consultas de pré-natal e ter sua vaga garantida em um hospital na hora do nascimento. Para um grupo de médicos, significa permitir que o bebê permaneça sobre a barriga da mãe por alguns minutos após o parto, antes de ser levado para o berçário. Em alguns hospitais públicos significa salas de partos individuais, presença de um acompanhante, alojamento conjunto, incentivo à amamentação, dentre outros benefícios⁽³⁾.

Estudando as estratégias criadas pelo Ministério da Saúde para garantir a segurança e a qualidade do cuidado fornecido às gestantes, parturientes e puérperas, observou-se que muitas ações preconizadas e estabelecidas para a ideal assistência ainda precisam ser implantadas nos serviços de saúde, exigindo ações estratégicas para a consolidação da prática humanizada. Perante essa realidade, percebeu-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos em relação ao atendimento prestado pela equipe de enfermagem de uma Unidade de Internação Obstétrica, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para uma assistência humanizada.

OBJETIVO

Verificar o atendimento prestado pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, prospectivo, realizado em uma Unidade de Internação Obstétrica de um Hospital Geral, de médio porte, conveniado ao SUS, no sul de Minas Gerais. O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob protocolo nº 044/2011.

A amostra englobou 30 puérperas de parto normal que estavam internadas nos dias e horários determinados para coleta de dados. As participantes do estudo foram orientadas e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um questionário com questões semi-estruturadas, constando variáveis socioeconômicas e culturais, como: idade, raça, estado civil, escolaridade, religiosidade, profissão e renda familiar; e variáveis específicas para identificar o atendimento prestado pela equipe de enfermagem durante a internação.

RESULTADOS

Durante os meses de maio e junho de 2011, foram realizados 159 partos na Instituição em que ocorreu a pesquisa, dentre eles apenas 63 foram normais. Ou seja, 60,4% dos partos realizados foram cesarianas, taxa superior aos 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (3). Das 63 puérperas de parto normal, integraram o estudo apenas 30, já que as demais não estavam internadas no momento da coleta de dados.

Quando questionadas quanto à renda familiar, a maioria, 36,7%, referiu sobreviver com apenas 1 salário mínimo. Esse dado condiz com 60% da população brasileira que, de acordo com o Censo 2010, sobrevive com menos de seiscentos reais

mensais (4).

Quanto à ocupação, 63,3% das puérperas possuíam emprego fixo e eram salarizadas, enquanto que 3,3% eram autônomas, 6,8% estudantes e, o desemprego estava presente em 26,6% da população em estudo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao se comparar o índice de desemprego de 2010 com o mesmo período em 2009, houve uma queda de 12,1%, o que reafirma o percentual elevado de puérperas com emprego fixo no momento da entrevista (4).

Ao serem questionadas quanto ao seguimento religioso, todas participantes referiram seguir uma religião, 90% declararam ser católicas e 10% evangélicas. O estado civil também foi questionado e 70% declararam possuir uma união estável, seja essa união pelo casamento civil ou amasiamento. Os 30% restantes correspondiam a mulheres solteiras que, de certa forma, possuíam algum tipo de relacionamento com o pai da criança.

Não houve muita diferenciação quanto à raça a qual pertenciam as participantes. As pardas e brancas integraram quase que a totalidade da amostra, com 73,4%. Enquanto 26,6% das mulheres pertenciam à raça negra.

O estudo constatou que as puérperas, em sua maioria, possuíam mais de 18 anos, ou seja, o percentual de gravidez na adolescência, ainda que comum na sociedade brasileira, neste estudo, foi baixo. A faixa etária considerada ideal para concepção varia entre 20 e 35 anos (5). Esse dado condiz com os resultados da amostra, onde 36,7% das mulheres possuíam idade entre 18 e 25 anos, seguido de 26,6% de puérperas com 30 anos ou mais.

Em relação à assistência técnica oferecida pela equipe de enfermagem às puérperas do estudo, 100% das entrevistadas afirmaram que a equipe de enfermagem realizou a ausculta dos batimentos cardio-fetais e não realizou os procedimentos de tricotomia e enema. Quanto à posição durante o trabalho de parto, 93,3% das puérperas entrevistadas permaneceram na posição litotômica e 46,7% referiram terem sido submetidas à prática da episiotomia.

No tocante à assistência humanizada oferecida pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto, em 100% da amostra analisada, a puérpera foi chamada pelo nome e 76,60% das puérperas usufruíram da presença permanente de acompanhante.

Nesta pesquisa, apenas 6,7% das entrevistadas receberam líquidos durante o trabalho de parto e parto, perpetuando a prática da restrição hídrica e jejum desnecessários.

À apenas 36,7% da amostra foi oferecido técnicas de massagem e relaxamento para alívio da dor, bem como a liberdade de escolha de posição durante o parto.

A privacidade foi assegurada em 63,3% dos casos, sendo esta também a porcentagem de puérperas que tiveram contato imediato pele a pele com o recém-nascido. Já a oferta de líquidos, massagens/técnicas de relaxamento e a liberdade de posicionamento, durante o trabalho de parto e parto, foram indicadas por menos de 40% das puérperas.

As explicações sobre os procedimentos que seriam realizados pela equipe de enfermagem foram fornecidas para 86,7% das puérperas, 90% tiveram as dúvidas esclarecidas e 96,7%

“De acordo com o Ministério da Saúde, parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos seis consultas de pré-natal...”

receberam orientações a respeito da amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Neste estudo, todas as mulheres entrevistadas referiram que as práticas consideradas ultrapassadas, como a tricotomia e enema, não foram realizadas. No entanto, ainda persistiu a referência à realização de episiotomia e a permanência na posição litotômica durante o trabalho de parto e parto.

No atendimento prestado pela equipe de enfermagem identificou-se que das dez variáveis relacionadas à assistência humanizada, apenas quatro foram referidas por mais de 80% das puérperas, sendo: serem chamadas pelo nome, terem recebido explicações sobre os procedimentos, esclarecimento de dúvidas e informações/orientações para amamentação e cuidados com o recém-nascido. Verificou-se ainda que três variáveis foram referidas entre 40 e 80%, sendo elas: a presença permanente de acompanhante, a privacidade assegurada durante o trabalho de parto e parto e o contato pele a pele com o recém-nascido.

DISCUSSÃO

Em 1996, a OMS publicou o documento *Assistência ao Parto Normal: um guia prático – Relatório de um grupo técnico*, apresentando as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as práticas relacionadas ao parto normal, objetivando garantir os direitos das mulheres, diminuir as intervenções desnecessárias e questionar procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina (1).

No Brasil, essas recomendações foram publicadas pelo Ministério da Saúde e classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (1).

A prática da tricotomia, raspagem dos pêlos, que deixa os poros da pele abertos e mais propensos a infecções e o enema, lavagem intestinal, são condutas prejudiciais que devem ser eliminadas (6). O uso do enema, que supõe a estimulação das contrações uterinas, reduzindo contaminações e facilitando a descida fetal devido o esvaziamento do intestino, vem sendo muito questionado (3). Entretanto, para algumas mulheres a possibilidade de evacuar no momento do parto pode ser extremamente constrangedora. Durante o pré-natal ela deve ser orientada quanto à realização do enema, de forma não intencional, para que no trabalho de parto ela possa fazer sua escolha. De acordo com os resultados deste estudo, nenhum dos procedimentos citados anteriormente foi realizado pela equipe de enfermagem, caracterizando uma conduta compatível ao que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (6).

A episiotomia, corte perineal, foi utilizada por muitos anos como uma prática de rotina nas instituições. Além de ser desnecessária, na maior parte dos casos, pode desabilitar a função do períneo (3). Mesmo com o risco, a episiotomia ainda foi referida como uma prática pelas puérperas entrevistadas

nesta pesquisa.

Atualmente, ficou comprovado que o parto na horizontal exerce uma pressão sobre os vasos sanguíneos das costas da mulher, obstruindo o fluxo de sangue para o binômio mãe-filho, prejudicando as contrações. O recomendado, portanto, é que o parto seja feito na vertical (3). No entanto, a permanência na posição litotômica ainda é uma realidade a ser vencida, como constatado.

Entre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, inclui-se o monitoramento fetal por meio da ausculta intermitente. O monitoramento da frequência cardíaca fetal é a prática mais utilizada para avaliar as condições de vitalidade do feto, sendo extremamente relevante para o diagnóstico de sofrimento (3). A monitorização fetal com ausculta intermitente deve ser claramente recomendada e encorajada pela equipe (6), com realização em todas as parturientes, assim como foi referido no estudo.

Chamar a puérpera pelo nome contribui para a humanização do parto e nascimento, sendo uma prática que deve ser estimulada. Fornecer explicações sobre os procedimentos que serão realizados pela equipe de enfermagem, esclarecer dúvidas e promover orientações a respeito da amamentação e cuidados com o recém-nascido conferem segurança e confiança à mulher (6). Embora a maioria das puérperas tenham demonstrado satisfação em relação às suas práticas, estas ainda não atingiram a totalidade dos sujeitos participantes deste estudo.

Garantir a mulher o direito de usufruir da presença permanente de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), é um direito respaldado na Portaria n. 2.418 de 2 de dezembro de 2005⁽³⁾. O acompanhante fornece segurança a parturiente, podendo diminuir o uso de parto cesáreo, analgesia, ocitocina e o tempo de hospitalização da mulher e do recém-nascido⁽²⁾.

Assegurar a privacidade no momento do trabalho de parto e parto e o contato imediato pele a pele são práticas que garantem o suporte e assistência efetiva tanto para a mulher quanto para o feto/recém-nascido⁽³⁾. No entanto, um estudo realizado em duas maternidades da cidade de Alfenas/MG refere que a equipe de enfermagem se preocupa mais com os cuidados a serem realizados com o recém-nascido nos primeiros minutos de vida e acabam deixando de lado o contato pele a pele⁽⁷⁾.

A restrição hídrica e o jejum inadequado são frequentes nas maternidades e clínicas obstétricas (5). Entretanto, somente na fase ativa do trabalho de parto, alimentos sólidos devem ser evitados e o jejum absoluto deve ser mantido apenas para parturientes com probabilidade para procedimentos anestésicos⁽³⁾.

Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e deambulação também devem ser estimuladas. Além de aliviar a dor, essas práticas propiciam maior integração entre profissional-paciente, por meio de posições de conforto e técnicas de respiração⁽⁸⁾.

“(...)o parto na horizontal exerce uma pressão sobre os vasos sanguíneos das costas da mulher, obstruindo o fluxo de sangue para o binômio mãe-filho, prejudicando as contrações.”

A deambulação no trabalho de parto não é uma prática comum nos hospitais. No entanto, fisiologicamente, sabe-se que quanto mais a parturiente se movimenta, menor é a dor e maior é o fluxo sanguíneo que chega ao feto, o que torna o parto mais rápido⁽⁹⁾.

Tão importante quanto as demais medidas já citadas, a adoção de posições que a mulher desejar durante o período de dilatação e expulsão é um passo para humanização do parto que deve ser encorajado, não raro, pela equipe de enfermagem.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer parte da realidade sobre o atendimento prestado pela equipe de enfermagem às puérperas, durante o trabalho de parto e parto, no que concerne

à humanização da assistência. Entretanto, além da pequena amostra, a coleta se concentrou em uma única unidade de internação obstétrica, o que foi considerado uma limitação da pesquisa.

Mediante os resultados, sugere-se, para assegurar a assistência humanizada preconizada pelo Ministério da Saúde, definir, implantar e implementar os Protocolos para o Atendimento ao Parto e ao Neonato, promover cursos de capacitação, atualização e aperfeiçoamento de técnicas específicas realizadas pela equipe de enfermagem e o desenvolvimento de ações estratégicas, buscando a melhoria da qualidade da assistência que ainda se encontra aquém das recomendações do Ministério da Saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília : Ministério da Saúde; 2010.
2. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. Eletr Enf [Internet]. 2010;12(2):386-91.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS –SP: manual técnico do pré natal e puerpério. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: população, educação, renda e condição dos domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
5. Teles LMR, Pitombeira HCS, Oliveira AS, Freitas LV, Moura ERF, Damasceno AKC. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. Cogitare Enfermagem 2010; 15(4): 688-695.
6. Organização Mundial de Saúde. Recomendações para o Parto Normal. OMS; 2010. 193 p.
7. Leite EPRC. A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas – MG [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 137p.
8. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2) 438-45.
9. Silva EF, Strapasson MR, Fischer ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. R. Enferm. UFSM. 2011;1(2):261-271.