



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

LUANA SILVA ALCÂNTARA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Brasília- DF

2017

LUANA SILVA ALCÂNTARA

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO
PARTO E NASCIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profª Drª Rejane Antonello Griboski

Brasília- DF

2017

CIP – Catalogação Internacional da Publicação*

Alcântara, Luana Silva.

A atuação do enfermeiro e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento: um relato de experiência / Luana Silva Alcântara. Brasília: UnB, 2017. 28p.

Monografia (Graduação - Enfermagem) – Universidade de Brasília, 2017. Orientação: Rejane Antonello Griboski.

1. Parto 2. Mulher 3. Humanização da Assistência ao Parto 4. Assistência de Enfermagem 5. Enfermagem Obstétrica.

Griboski, Rejane A.. II. Título.

CDU Classificação

LUANA SILVA ALCÂNTARA

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO
E NASCIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 05/12/2017

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Rejane Antonello Griboski
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Profª. Dra. Mônica Chiodi Toscano de Campos
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Membro Efetivo

Profª. Esp. Raquel Diógenes
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Membro Efetivo

Enfermeira Obstétrica Débora Oliveira Santos
Instituição: Casa de Parto de São Sebastião (SES-DF)
Membro Suplente

Dedico esse trabalho à minha filha, minha maior inspiração que me fez enxergar com outros olhos o processo de gestar, parir e maternar.

À minha prima Ana Luísa (*in memoriam*), que sempre esteve comigo em todos os melhores momentos da minha vida me apoiando.

A todos os enfermeiros obstétricos que atuam com amor e respeito na assistência ao parto e nascimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças para não desistir nos momentos mais difíceis.

À minha filha Helena Alcântara, por ter me mostrado o verdadeiro sentido de gestar, parir e maternar, e me mostrar que a alegria e o amor estão nas pequenas coisas e nos pequenos gestos. Todo esse tempo em que a mamãe esteve nas aulas longe de você foi para poder te proporcionar um futuro bom.

Aos meus pais, por terem me dado à vida, me apoiado em todos os momentos e por cuidarem da minha filha para que eu pudesse concluir meu curso. E a minha mãe, que com todo amor do mundo formatou meu trabalho.

À minha irmã, que mesmo com a correria do seu curso difícil, distraia com amor a Helena para que eu pudesse fazer meus trabalhos.

Ao meu namorado Hugo David, que me deu o maior amor da minha vida, a nossa filha, e por ter me apoiado em todas as minhas escolhas.

À minha sogra Hellen Suzana Souza, por ficar com a Helena em alguns finais de semana para que eu pudesse concluir meu TCC, e que dispôs de um tempo para revisar meu trabalho.

Aos meus familiares, e principalmente à minha avó, que sempre acreditou em mim.

Ao meu sogro Valdeci David, por suas palavras que me deram força muitas vezes, para não desanimar nos semestres mais longos.

À minha professora e orientadora, Dr^a Rejane Griboski, que me orientou, e me conduziu nessa jornada em busca do conhecimento sobre atuação da enfermagem na assistência humanizada ao parto.

Às professoras Esp. Nayane Guardiano, que durante a matéria de Saúde da mulher, despertou em mim o amor pela enfermagem obstétrica, e Professora Dr^a Silvéria Santos, parteira e enfermeira obstétrica pelo seu exemplo na luta pelo empoderamento das mulheres e na busca do protagonismo da mulher no parto, e por todos os seus ensinamentos de vida.

À minha preceptora da Casa de Parto, EO Débora Oliveira, por me mostrar que a mulher pode sim ser a protagonista do seu parto. Obrigada por me fazer amar ainda mais a enfermagem obstétrica.

E a todos aqueles que, de alguma forma contribuíram e me auxiliaram no processo de aprendizagem profissional e pessoal. Gratidão!

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.

Michel Odent

ALCÂNTARA, Luana Silva. **A atuação do enfermeiro e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento: um relato de experiência**, 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Campus Darcy Ribeiro, Brasília, nov, 2017.

RESUMO

Introdução: A gestação e o parto tem um significado muito importante na vida da mulher e da família, entretanto, esse é um período de maior vulnerabilidade, onde a mulher fica sujeita a uma série de intervenções que, quando realizadas desnecessariamente ou de forma inadequada, podem ter um efeito negativo na vida do binômio mãe-filho e família. **Objetivo geral:** Relatar, a partir da observação como estagiária, as ações das/os enfermeiras/os em atenção/assistência obstétrica em parto relacionada às boas práticas ao parto e nascimento. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de abordagem descritiva e analítica, desenvolvido a partir da observação *in loco* para compreender as experiências vividas sobre as reações diante das intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto. **Resultados e Discussão:** Foi realizado um comparativo entre a assistência da enfermagem em dois locais de atenção, em âmbito hospitalar e centro de parto normal, no primeiro a assistência direta ao parto é realizada somente pela equipe médica, o parto é tratado como evento patológico e com uma série de intervenções, já no segundo, exclusivamente pela enfermagem obstétrica, respeitando a fisiologia do parto, observando as diferenças de abordagem, bem como a participação da parturiente nos processos decisórios. De acordo com as Diretrizes, Programas e Projetos de humanização do parto e nascimento e evidências científicas já publicadas, foi possível detectar que, as intervenções, quando mal indicadas, entram em discordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde. **Considerações Finais:** O modelo de atenção ao parto hospitalar necessita de uma série de mudanças, que já estão sendo implementadas com a participação no projeto do Ministério da Saúde, mas é necessário que, de acordo com o comparativo traçado, a enfermagem obstétrica atue ativamente em partos de risco habitual, haja diminuição do número de intervenções e maior respeito pelas decisões da parturiente e seu acompanhante.

Descritores: Parto, Mulher, Humanização da Assistência ao Parto, Assistência de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica.

ALCÂNTARA, Luana Silva. **Nursing performance and good practices in childbirth and birth care: an experience report**, 2017. Course Completion Work (Nursing Course) - University of Brasília, Faculty of Health Sciences.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth have a very important meaning in the life of the woman and the family, however, this is a period of greater vulnerability, where the woman is subjected to a series of interventions that, when performed unnecessarily or inappropriately, may have a negative effect on the life of the mother-child binomial and family. **General objective:** To report, from observation as an intern, the actions of nurses in obstetric care / assistance in childbirth related to good practices at delivery and birth. **Methodology:** This is an experience report, with a descriptive and analytical approach, developed from the observation *in loco* to understand the lived experiences about the reactions to the interventions performed during labor and delivery. **Results and discussion:** A comparative study was performed between nursing care in two care settings, in the hospital setting and normal delivery center, in the first direct care delivery is performed only by the medical team, the delivery is treated as a pathological event and with a series of interventions, already in the second, exclusively by obstetric nursing, respecting the physiology of childbirth, observing the differences of approach, as well as the participation of the parturient in the decision-making processes. According to the Guidelines, Programs and Projects for humanization of childbirth and birth and scientific evidence already published, it was possible to detect that, when poorly indicated, the interventions are in disagreement with that recommended by the Ministry of Health. **Final considerations:** The hospital delivery model requires a series of changes, which are already being implemented with participation in the Ministry of Health project, but it is necessary that, according to the comparative outline, obstetric nursing act actively in births, decreasing the number of interventions and raising the respect for the decisions of the parturient and her companion.

Descriptors: Parturition, Woman, Humanizing Delivery, Nursing Care, Obstetric Nursing

Sumário

1-	INTRODUÇÃO.....	12
2-	JUSTIFICATIVA.....	15
3-	OBJETIVOS	15
3.1-	Objetivo Geral	15
3.2-	Objetivos específicos	16
4-	MÉTODO.....	16
5-	RESULTADO	18
6-	DISCUSSÃO	22
7-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
8-	REFERÊNCIAS	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALCON	Alojamento Conjunto
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
APICEON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
CO	Centro Obstétrico
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPSS	Casa de Parto de São Sebastião
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EO	Enfermeira/o Obstétrica/o
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
HUB	Hospital Universitário de Brasília
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PHPN	Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PPP	Leito de Pré-parto, Parto e Pós-parto.
RN	Recém-nascido
SES	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UnB	Universidade de Brasília

1- INTRODUÇÃO

Ao olhar o processo de gestação e parto observa-se a importância dessa fase para a saúde da mulher, podendo ser considerados uns dos momentos mais significativos de sua vida. Apesar disso, também é apresentado como um momento de maior vulnerabilidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta um crescente número de mulheres que sofreram maus-tratos, abusos e negligências na assistência durante o parto, causados por discriminação de gênero, raça e posição social, violando os princípios dos Direitos Humanos (OMS, 2014).

As ações que caracterizam a Violência Obstétrica foram identificadas a partir de estudos e definições apresentadas pelas legislações Venezuelanas e Argentinas, foram adaptadas para a legislação brasileira com a colaboração da Organização Não governamental (ONG) Rede Parto do Princípio, para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres (CIELLO, 2012).

Dentre vários fatores sofridos pelas mulheres, foram apontados no dossiê “Violência Obstétrica: parirás com dor”: a) ações de caráter físico, privação de alimentos, interdição a movimentação durante o parto, tricotomia; b) aspectos psicológicos, como piadas, humilhações, informações em linguagem pouco ou inacessível; c) fatores sexuais como episiotomia, lavagem intestinal, exames de toque invasivo; d) de caráter institucional, dificultando o acesso da gestante ao serviço de saúde, impedimento à amamentação, impedindo a presença do acompanhante; e) de caráter material como as cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde; e f) de caráter midiático, com divulgação de práticas sem indicações científicas, tendo essas como as melhores ações para a gestante e outros fatores sem bases em evidências científicas; (CIELLO *et al*, 2012).

A violência obstétrica seja ela durante a gestação, parto ou puerpério existe há muitas décadas. Mesmo antes dos partos serem institucionalizados e realizados somente por médicos, eram apresentadas com nomes e olhares diferentes. Os relatos de violência obstétrica na década de 1950 foram publicados no artigo “Crueldade nas maternidades”, onde mulheres eram amarradas pelos pés e pelas mãos, submetidas à sedação profunda com uma combinação de morfina e escopolamina, e uso indiscriminado do fórceps. Diante de tais relatos, foi criada a Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (DINIZ *et al*, 2015).

Na década de 1990 a OMS já se preocupava com as boas práticas na atenção ao parto e nascimento. A partir do ano 2000 foram instituídas políticas de atenção à saúde das mulheres voltadas para a humanização, como a **PORTARIA Nº 569**, de 1º de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNPH), que tem como objetivo garantir o acesso ao pré-natal digno e de qualidade, com no mínimo seis consultas, realização de exames básicos para o conhecimento do tipo sanguíneo e fator Rh (ABO Rh), e detecção de doenças como diabetes, hepatite, HIV e sífilis, entre outros. Além de assegurar que a parturiente tenha acesso a um serviço de qualidade, respeitoso e com adequado registro da evolução do trabalho de parto no partograma, registros de evolução clínica, feitos pela equipe médica e de enfermagem e que o recém-nascido tenha acesso à assistência segura e de qualidade (BRASIL, 2000).

Após cinco anos, entrou em vigor a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, também conhecida como Lei do Acompanhante, com o objetivo, garantir que a gestante tenha alguém com vínculo afetivo em um momento tão especial, decreta que os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ou redes privadas conveniadas, são obrigados a permitir que a mulher tenha um acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, seja o parto por via vaginal ou cirúrgica. Porém, a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, realizada entre 2011 e 2012 em 191 municípios do Brasil, constatou que menos de 20% das mulheres tiveram o direito respeitado quando se trata do acompanhante presente continuamente durante a internação (BRASIL, 2014).

Em 2010 foi realizada a pesquisa de opinião pública “MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO”, onde um dos pontos abordados foi a violência na assistência à gestação, parto e abortamento. De 71% das mulheres que gestaram 9% relatam ter sofrido violência na maternidade, 1% no pré-natal e 2% em ambos. Onde a maioria dos casos de violência em maternidade foi em hospitais públicos, e em pré-natal, na rede privada. Sendo 29% dessas mulheres de raça parda, 28% possuíam ensino superior ou mais, e 30% das violências ocorreram em capitais, contra 16% em municípios de pequeno porte. Das mulheres que passaram por abortos, 60% não tiveram orientação de algum profissional, e das mulheres que tiveram assistência após o abortamento, 53%

sofrerem algum tipo de violência na assistência, sendo a principal de ação psicológica. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO,2010.)

O Ministério da Saúde (MS) em 2011 instituiu o programa da Rede Cegonha, cujas diretrizes estão intimamente relacionadas com acesso a um pré-natal de qualidade, de acordo com suas necessidades, seja numa gestação de alto ou baixo risco, vinculando a gestante a uma unidade de referência para o parto, com boas práticas e segurança na assistência ao parto e nascimento e acesso a ações de planejamento familiar reprodutivo, visando à humanização do atendimento e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2011).

Em 2014 a OMS apresentou a declaração de “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, onde orienta como forma de extinguir os abusos na assistência ao parto, cinco pontos essenciais, sendo eles: uma maior participação do governo e parceiros sociais em programas de pesquisas e ações contra abusos; criação de programas com enfoque no cuidado digno e respeitoso visando melhorar a qualidade na assistência à saúde materna e neonatal; enfatizar os direitos das mulheres durante a gestação e parto; criar pesquisas com dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência e como um último ponto, incluir as mulheres nos esforços para diminuir as práticas abusivas de profissionais e melhorar a qualidade da assistência. (OMS, 2014).

Entretanto, a mulher que parir em unidades hospitalares, pública ou privada, ainda está sujeita a uma série de intervenções rotineiras, como ocitocina de rotina, episiotomia, cesarianas e aspiração de via aérea fetal, intervenções essas que, na maioria das vezes são desnecessárias ou sem evidências científicas suficientes para justificar o seu uso. Com o objetivo de reduzir essas intervenções, o MS em conjunto com a Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS (CONITEC) criou, em 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, que sintetiza as evidências científicas em todas as práticas realizadas no parto com o objetivo de reduzir os índices de práticas desnecessárias e potenciais agravos para as mulheres, recém-nascidos ou até mesmo para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2016).

2- JUSTIFICATIVA

Atualmente, a enfermagem obstétrica tem ganhado espaço quando falamos de gestação de baixo risco ou também chamada de risco habitual, e evidências comprovam que em uma gestação e parto conduzidos por enfermeiras obstétricas, quando comparadas com outros modelos de atendimento, há uma redução de intervenções obstétricas, e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016), além dos benefícios para o binômio mãe-filho, com contato pele a pele ao nascer, início da amamentação imediatamente após o parto, e menos desconfortos no puerpério.

Entretanto, os partos assistidos em ambiente hospitalar, como no hospital universitário (HU) onde foi vivenciada a experiência, são exclusivamente realizados pela equipe médica, utiliza ainda uma série de intervenções como: o uso rotineiro de ocitocina, episiotomia, fórceps e indicações de cesarianas desnecessárias. A mulher é vista como objeto de estudo e não como protagonista do próprio parto, há reduzido contato pele a pele entre o binômio mãe-filho logo após o nascimento, entre outras intervenções. Enquanto o atendimento pela EO no Centro de Parto Normal (CPN), as intervenções são realizadas somente em casos de intercorrências, a ocitocina é utilizada somente após o parto, como medida profilática de hemorragia por atonia, o contato pele-a-pele após o nascimento é de no mínimo 1 hora, e a mulher tem seu protagonismo no parto respeitado.

Diante disso, o relato de experiência sobre as vivências em campo de estágio se tornou pertinente visto que, proporciona um olhar acadêmico crítico para compreender melhor a atuação da enfermagem em relação ao parto e nascimento em um hospital universitário e em um centro de parto normal.

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Relatar, a partir da observação como estagiária, as ações das/os enfermeiras/os em atenção/assistência obstétrica em parto, relacionada às boas práticas ao parto e nascimento.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar possíveis ações que não condizem com as diretrizes de assistência ao parto do MS e as evidências científicas das boas práticas na atenção ao parto e nascimento
- Destacar a importância de atuação e da assistência de enfermeiras/os obstétricas/os (EO) na atenção ao parto e nascimento.

4- MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem descritiva e analítica desenvolvido por discente de graduação em enfermagem, no período de agosto a novembro de 2017, durante a disciplina curricular obrigatória - Estágio Supervisionado 2. A partir da observação *in loco* e a narrativa para compreender as experiências vividas, enquanto discente, sobre as reações diante das intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, sejam elas baseadas em evidências científicas ou não, dos processos fisiológicos e psicológicos do parto, bem como a forma com que a parturiente é tratada em relação as suas escolhas.

Segundo Mariani e Mattos (2012), para a narrativa devem ser utilizados alguns termos como: pessoal e social para tratar da interação; passado, presente e futuro para desenvolver a noção de continuidade e lugar para marcar a situação na constituição e desenvolvimento do método narrativo. Outras características fundamentais são o relacionamento estabelecido entre o observador e os participantes da pesquisa, sendo desafiador a tarefa de compor textos de campo, uma vez que ele se encontra imerso a ele e o que dialeticamente muda-se a visão e interpretação das coisas (MARIANI E MATTOS, 2012). Para a constituição desse relato, optou-se por fazer anotações das percepções, impressões e insight durante o estágio por meio de um diário de reflexões das ações ocorridas no período.

De acordo com Santos Filho, o método do diário de reflexão submeta as ações vivenciadas no campo de estágio a uma análise crítica, permitindo a revisão dos padrões de comportamento das respostas individuais nas situações. Este processo de revisão torna possível a obtenção de uma perspectiva mais ampla e proporciona uma visão menos emocional e mais reflexiva, otimizando as respostas e reações caso a situação ocorra novamente (SANTOS FILHO, 2010).

Assim, o processo de reflexão é realizado através de seis passos, onde há a descrição do fato, os sentimentos e pensamentos diante da situação, a avaliação da experiência, encontrando os aspectos positivos e negativos, a análise do que pode ser extraído da situação, a conclusão, onde é refletido outras coisas que poderiam ter sido feitas e por último, o plano de ação, onde há a reflexão em relação as ações caso a situação surja novamente (SANTOS FILHO, 2010).

As observações relatadas durante o estágio foram utilizadas para explicar, ainda que parcialmente, o que acontece nas ações de um atendimento especializado. Os locais de realização do estágio foram: Hospital Universitário de Brasília/HUB, gerenciado pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e Casa de Parto de São Sebastião (CPSS) gerenciado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O HUB é um hospital de ensino que atende discentes dos cursos de graduação da Universidade de Brasília (UNB) como a administração, arquivologia, pedagogia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, medicina, saúde coletiva, engenharias, nutrição, serviço social, farmácia, odontologia e terapia ocupacional e de pós-graduação multiprofissional na atenção ao adulto, oncologia, cardiologia, e residência médica.

O Centro obstétrico (CO) do hospital universitário é composto por seis leitos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) distribuídos em três enfermarias, onde apenas duas delas possuem banheiro; um posto de enfermagem, onde é realizado o preparo de medicações do pré-parto, parto e pós-parto imediato. O CO também possui um centro cirúrgico com uma sala de cirurgia, uma de recuperação pós-anestésica, uma para os primeiros cuidados neonatais com dois berços aquecidos de reanimação, e a sala para os cuidados de enfermagem ao RN com um berço aquecido, onde são realizados procedimentos como administração de vacinas, nitrato de prata por via ocular e vaginal, no caso de RNs do sexo feminino, e obtenção das medidas antropométricas e peso de todos os bebês, independente da via de parto. O acesso é autorizado somente se a pessoa fizer uso de roupa privativa, não disponibilizada para o acompanhante do parto normal.

Pude também nesse período estagiar na Casa de Parto de São Sebastião (CPSS), o centro de parto peri-hospitalar do Distrito Federal, com atendimento exclusivo por EO, onde atuam um total de 14 profissionais de nível superior e 9 de

nível médio, sempre escalados em duplas em todos os turnos de trabalho. A CPSS está localizada na região administrativa leste, o local possui dois consultórios para a primeira avaliação, de admissão, encaminhamento para outra unidade ou orientação quanto para retorno somente em trabalho de parto ativo, diminuindo assim, o tempo de permanência da mulher no serviço. Dentro da unidade há quatro leitos de PPP, distribuídos em quatro salas, a cada duas salas há um banheiro compartilhado no meio, mas que ainda assim, garantem a privacidade das parturientes. Há também um posto de enfermagem com materiais necessários em casos de intercorrências para uma assistência imediata antes da transferência se essa for necessária, uma sala para os cuidados com o RN com dois berços de reanimação neonatal, uma incubadora de transporte e uma ambulância disponível 24h para remoções de emergência.

Assim, foram 70 dias como estagiária, onde pude fazer anotações e reflexões acerca dos dois cenários de parto a partir das atuações dos enfermeiros lotados nos setores. Nos resultados foi elencado parte das observações que pude descrever e discutir sobre minhas percepções.

5- RESULTADOS

Pode-se observar que no HUB/CO quaisquer ações de atendimento relacionadas ao parto normal de risco habitual ou alto risco são realizadas exclusivamente pela equipe médica (staff, residentes da obstetrícia médica e acadêmicos-internos da medicina).

No primeiro semestre de 2016 quando cursava a disciplina Processo de cuidado da Mulher, Criança e Adolescente foi apresentado conteúdos referentes às boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a humanização ao parto e nascimento, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a violência obstétrica e institucional e a atuação da enfermeira obstétrica. E na disciplina Vivências Integradoras 6 (disciplina prática), tive um primeiro contato com experiência de um trabalho de parto (TP) e parto hospitalar. Foi possível acompanhar uma parturiente e seu acompanhante que estavam no leito de PPP, e percebeu-se que eles não haviam sido informados sobre os processos fisiológicos do parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor. No transcurso do trabalho

de parto, a equipe médica que a avaliou informou e estipulou um horário limite para parto. Entretanto, no intervalo desse período, por cerca de três horas, houve uma assistência inadequada, pois a equipe médica e de enfermagem não realizaram nenhuma avaliação obstétrica ou fetal.

Nos momentos em que um profissional aparecia no PPP pressionavam-na de forma negativa, somente lembrando-a do prazo estabelecido para o nascimento o que provavelmente a condicionou a níveis elevados de ansiedade e estresse. Juntamente com a professora da disciplina, prestamos a assistência, detectando uma diminuição da dinâmica uterina, realizando a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, e a incentivando a trocar de posições e se movimentar, para auxiliar no TP.

Outro fator marcante, foi o registro inadequado das informações pertinentes ao trabalho de parto no prontuário, não havia um partograma para saber a real evolução do TP. O resultado final desse evento foi à indicação de cesárea por parada de progressão de decida com intercorrência, pois o feto já estava no canal vaginal e o relatado segundo avaliação por toque vaginal era de feto alto.

No segundo semestre de 2017, já cursando a disciplina obrigatória Estágio Supervisionado 2, retornei ao mesmo cenário para vivenciar por um período mais longo e conhecer a rotina da equipe de enfermagem do setor. Assim, foi possível verificar que as/os enfermeiras/os lotados no CO atuam quase que, exclusivamente, nas atividades de gestão, que envolve reposição de materiais, transferências (binômio mãe-filho para o alojamento conjunto (ALCON), CO, exames, alta), preenchimento de formulários, verificação de escalas e conferência de psicotrópicos (psicobox). As atividades desenvolvidas relacionadas à assistência de enfermagem são, basicamente, admissão e classificação de risco na emergência, admissão no CO, avaliação da mulher no puerpério imediato e mediato, prescrição de enfermagem para puérpera (implementada de fato no final de outubro). Observou-se que apesar de ter no serviço, especialistas em enfermagem obstétrica, eles não estão diretamente vinculados na assistência aos partos de risco habitual. No período

que estive presente, pude observar que as gestantes e acompanhantes não são informados sobre a adoção de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, posições alternativas para o parto e sobre a fisiologia.

Assim, como os enfermeiros não estão à frente das ações de assistência ao parto, direcionam suas ações no cumprimento da prescrição médica, como administração de ocitocina durante o trabalho de parto e logo após o nascimento, sondagem vesical, e aprazamento de prescrições. E as ações de intervenção realizadas pela equipe médica são a amniotomia, episiotomia, fórceps, restrição alimentar e hídrica em casos onde a equipe médica considera que é possível que se necessite de cesariana, mesmo que ao final do processo a parturiente tenha um parto normal, entre outras. A maioria dos partos é realizada na posição litotômica e há uma série de toque contínuo a partir de 10 centímetros de dilatação, bem como a condução do puxo, mesmo que a gestante não sinta a necessidade de fazê-lo involuntariamente. Em alguns momentos, também presenciei, por parte dos profissionais de saúde comentários depreciativos em relação às escolhas da paciente, próximo a elas de forma que ela ouvisse as opiniões dos profissionais dentro do PPP.

No HU, há a presença de estudantes de enfermagem do 7º semestre que, juntamente com a EO professora da disciplina, realizam ações de assistência ao parto, sem intervenções, com orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio para a dor, posições para o parto e respeito aos desejos da parturiente e acompanhante. E também de enfermeiras que estão em processo de especialização no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, onde recebem orientação quanto às boas práticas de assistência e conhecimentos sobre os processos fisiológicos da gestação, TP e nascimento, entretanto, mesmo inseridas no serviço, como servidoras da instituição, deixam a desejar o atendimento voltado para a humanização de um atendimento da enfermagem obstétrica.

Porém, durante o período também tive experiências positivas no serviço, pude realizar procedimentos, participar ativamente do TP, orientando e auxiliando a parturiente durante os exercícios, e também o acompanhante para que ele pudesse participar ativamente do TP, acompanhar procedimentos médicos como curetagem, AMIU (aspiração manual intrauterina), cesárea de gestação trigêmea e gêmea, e gêmea, e gêmea,

entre outros. Sendo importante esse cenário para compreender as rotinas e condutas realizadas em gestações de alto risco.

No segundo período desse estágio foi possível vivenciá-lo no centro de parto peri-hospitalar. Nesse local, segundo a Rede Cegonha, o parto é assistido exclusivamente por Enfermeiras/os Obstétricas/os (EO), que tem autonomia para a tomada de decisões e realização de condutas necessárias em caso de intercorrência e remoção para o centro hospitalar de referência, no município do Paranoá- DF.

A assistência à mulher começa no pronto-atendimento, isto é, na avaliação e classificação de risco realizada diretamente pela EO, se a gestação tiver fatores de alto risco, a gestante é encaminhada após o atendimento para o hospital de referência, em casos mais graves, pela ambulância disponível no serviço. A CPSS tem um protocolo para a admissão da parturiente que consiste primeiramente na regionalização da assistência, isso é, pacientes que residem na área da região leste da SES. Para a realização do parto, é necessário que a parturiente não possua cesáreas ou cirurgias uterinas anteriores, tenha uma gestação de risco habitual, sem intercorrências graves durante a gestação, realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal e os exames laboratoriais e de imagem, preconizados pelo MS, e que esteja em estágio ativo do trabalho de parto, isso é, com duas contrações ritmadas em um período de 10 minutos, 5 centímetros ou mais de dilatação cervical, ou bolsa rota com ausência de mecônio, independente das contrações ou dilatação cervical.

No caso de internação a parturiente é encaminhada para o PPP, onde são realizados os procedimentos de coletas de dados do histórico pessoal e familiar, realizados os testes rápidos de HIV e sífilis, foi observado que a parturiente e acompanhante são orientados sobre todos os métodos não farmacológicos disponíveis para o alívio da dor, bem como todas as posições possíveis para o trabalho de parto e parto e a parturiente é estimulada a se movimentar.

A avaliação por toque vaginal é evitada, especialmente, muito próximo ao período expulsivo. A mulher é avaliada pela observação da EO, onde é possível avaliar a progressão da descida fetal pelos sinais de abaulamento perineal e “puxos”. Deste modo, as parturientes são orientadas a procurar uma posição confortável (de preferência não seja a litotômica), os puxos são realizados

involuntariamente de forma espontânea, aumentando consideravelmente as chances de períneo íntegro quando não ocorrem intervenções desnecessárias. A equipe permanece em silêncio, falando somente o necessário para acalmar ou incentivar a parturiente. Imediatamente após o parto, é realizado o contato pele a pele prolongado, espera-se parar de pulsar o cordão umbilical, ao mesmo tempo em que é realizada a primeira avaliação do RN na primeira hora de vida o acompanhante participa ativamente de todo o processo.

Durante o período, presenciei três remoções para o Hospital Regional do Paranoá, na primeira, uma puérpera em pós-parto mediato, apresentou uma anemia devido a uma atonia uterina controlada no pós-parto imediato, a segunda e terceira foram remoções de RNs, o primeiro com dificuldade de sucção e suspeita de síndrome não identificada, e o segundo apresentando uma suspeita hérnia inguinal detectada na primeira avaliação do RN e também pela pediatra do Banco de Captação de Leite Humano.

6- DISCUSSÃO

O evento do parto é um momento único para cada mulher. No âmbito hospitalar esse evento pode ser repleto de intervenções, sejam elas físicas ou psicológicas. Se a assistência ao parto de risco habitual for de caráter exclusivamente medicalizado, hospitalocêntrico e intervencionista, sem observar as reais necessidades da mulher, isso pode levar o processo parturitivo fisiológico a uma série de consequências e morbidades para essa mulher (MOURA et. al., 2007).

De acordo com a Rede Cegonha, várias práticas realizadas por profissionais de saúde em hospitais, se encaixam na Categoria B, que são as práticas claramente prejudiciais (Brasil, 2011). Essas práticas devem ser eliminadas, tais como: a amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto; administração de ocitócitos em qualquer fase do TP; uso de rotina da posição de litotomia no parto e período expulsivo; esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto. Ainda, podem se enquadrar na categoria D, nas práticas frequentemente usadas, porém de modo inadequado, como: os exames de toque frequentes e por diversos profissionais; restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; estímulo para o puxo

quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário; duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto (BRASIL, 2011).

Destaca-se também, a não inclusão da parturiente nos processos decisórios frente às condutas relacionadas ao seu parto. Não permitindo que se expresse ou verbalize seus direitos, desejos ou recusa quanto ao uso de medicações e outros procedimentos invasivos. A mulher passa a ser coadjuvante do seu processo de parturição, diminuindo os níveis de satisfação e as boas experiências que possa ter em relação ao parto. De acordo com um estudo publicado na Diretriz Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento, que foi realizado na Austrália, ficou evidente que, principalmente, as mulheres que não tiveram experiências de parto, isto é, nulíparas quando não se posicionavam ou não possuíam uma fala ativa nas tomadas de decisões em relação ao parto tiveram um aumento de seis vezes no grau de insatisfação, e as multíparas tiveram esse grau insatisfatório aumentado em quinze vezes (BRASIL, 2016).

Observa-se que a comunicação entre a mulher, seu acompanhante e profissionais de saúde é de suma importância. É preciso verbalizar e informar sobre todos os acontecimentos, intervenções e condutas relacionadas ao trabalho de parto e parto para que decidam se aceitam ou não as condutas impostas. Evidências acerca da comunicação entre profissionais e pacientes publicadas na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto e Nascimento apontam que a comunicação entre a EO, mulheres na segunda fase do TP e seus acompanhantes deve ser educadora e encorajadora, orientando a mulher e encorajando-a nas suas escolhas e no processo de parturição, havendo assim, maior satisfação (BRASIL, 2016).

As evidências revelam também que, as mulheres que receberam apoio contínuo no parto, seja ele realizado por parceiros, amigas/os, família e doulas, demonstram que elas possuem menores chances de recorrer à analgesia, intervenções desnecessárias e possível cesariana, aumentando o grau de satisfação do pós-parto. Outro estudo publicado pela diretriz elaborada pelo MS em conjunto com a CONITEC avaliou a incidência de depressão pós-parto em relação às mulheres que receberam apoio de enfermeira/o especializada/o e as que receberam

o apoio padrão, por outros profissionais, indicando um menor número de mulheres com depressão no grupo que recebeu um apoio especializado (BRASIL, 2016).

Não se pode esquecer as boas práticas em relação ao parto e nascimento preconizadas pela OMS e o MS. No Brasil, atualmente, com a inserção dessas ações em quase todo o território nacional vem ocorrendo uma mudança na atenção nos serviços, mesmo que ainda de forma incipiente. O MS vem desde 2015 financiando cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e projetos de aprimoramento do ensino para capacitar trabalhadoras e trabalhadores do SUS no atendimento ao parto e nascimento, especialmente, relacionados às boas práticas de atenção a essa demanda.

Um exemplo é o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e o Projeto Apice On– Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, iniciativa do MS em parceria com a EBSEH, Ministério da Educação (MEC), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), FIOCRUZ/IFF e a execução é realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é realizado em parceria com hospitais universitários ou que tenham a modalidade de ensino, como parcerias com universidades e programas de residência, integrando três áreas, a formação, atenção e gestão, adotando práticas qualificadas de ensino e cuidado, baseadas em evidências científicas, bem como a incorporação das Diretrizes de atenção ao parto e pré-natal, com o objetivo de garantir os direitos das mulheres, crianças e das famílias, integrar também os trabalhadores, gestores e usuários nos processos de decisórios, planejamento e avaliação da atenção. Além de implementar a atenção à partos de risco habitual por EO ou obstetrias, atenção humanizada às mulheres vítimas de violência sexual e situação de aborto, e visa também estimular o desenvolvimento de pesquisas para inovar as práticas de atenção ao parto, nascimento e abortamento e nas ações de planejamento familiar (BRASIL, 2017).

Outro fator importante nessa mudança é o contato pele a pele do binômio mãe-filho imediatamente após o nascimento, clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical, se ambos não apresentarem nenhuma intercorrência. Além, do estímulo precoce da amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2011). Essas ações visam proporcionar um ambiente de acolhimento para o RN, reduzindo o

estresse, a perda de calor, auxiliando na estabilização dos batimentos cardíacos e respiratórios, bem como a estabilização do fluxo sanguíneo, além de facilitar e aumentar o vínculo entre o binômio (VIEIRA et. al., 2016).

O MS preconiza a atenção ao parto menos invasiva possível, levando em conta todos os processos fisiológicos e psicológicos do parto, respeitando a parturiente em todos os seus medos e dificuldades, acolhendo, promovendo uma escuta ativa de todas as suas dúvidas e solucionando-as, para que ela participe ativamente do processo decisório de todas as ações do parto (BRASIL, 2011). Orienta também que seja estimulado que a parturiente procure uma posição em que se sinta confortável para o nascimento.

Para a mudança do modelo de atenção faz-se necessário a atuação da EO ou obstetrix, que estão capacitadas e possuem competência para acompanhar partos sem distócia e de risco habitual, detectar problemas e indicar remoções pra unidades de saúde adequadas ou encaminhar para o profissional médico (BRASIL, 2011). O EO ao seguir o que é preconizado, proporciona uma atuação de forma humanizada em relação ao parto e nascimento (VIEIRA et. al., 2016).

É necessário ressaltar também que o parto é um evento fisiológico e a mulher deve ser a protagonista do seu parto, assim, qualquer profissional, seja EO ou médico, deve prestar uma assistência de qualidade, como monitoramento fetal e detecção de possíveis distócias e se necessário intervenções com embasamento científico, respeitando os desejos da mulher, e intervindo somente em casos de risco materno ou fetal.

Com base nas evidências científicas, também foi possível constar que a atuação da enfermagem obstétrica ao parto e nascimento reduz os números de intervenções, como analgesias, episiotomias e exames vaginais contínuos, estimulam o contato pele a pele prolongado e o início da amamentação precoce, promovendo uma experiência positiva em relação ao parto, e apontam que em partos de risco habitual, os médicos deveriam atuar apenas como auxílio, intervindo somente em casos de risco para gestante ou feto (BRASIL, 2016).

Um exemplo disso é o comparativo prático entre o HU e a CPSS, onde o atendimento pela/o EO proporciona uma redução significativa na quantidade de toques vaginais em comparação ao atendimento hospitalar, sendo esses realizados

nas avaliações em consultório de acordo com a necessidade, no momento da admissão na unidade, e depois de aberto o partograma, a parturiente e acompanhante são orientados sobre todos os métodos não farmacológicos disponíveis para o alívio da dor, bem como todas as posições possíveis para o trabalho de parto e parto, a gestante é estimulada a se movimentar, e a partir do conhecimento dos métodos e posições, ela pode ter uma maior autonomia e protagonismo no parto.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, ao término do estágio foi possível perceber e comparar as ações das/os enfermeiras/os em atenção/assistência obstétrica relacionadas a atenção ao parto e nascimento tanto no hospital universitário quanto na casa de parto/centro de parto.

No ambiente hospitalar as/os EO não estão a frente do parto e nascimento e mantêm-se nas atividades específicas da assistência de enfermagem sem, contudo participar e estar junto da mulher nessa assistência. Constatou-se que, uma parcela não satisfeitas com esse processo, estão se especializando para proporcionar as mudanças necessárias no ambiente hospitalar por meio de projetos de intervenção e educação continuada e permanente. Observou-se também que o HU está em processo de mudanças ao ser participante das ações para as boas práticas na atenção ao parto e nascimento preconizadas pelo Projeto APICE-ON. Nesse projeto estão envolvidos o serviço e docentes da área da obstetrícia dos cursos de enfermagem e medicina.

Na assistência prestada na CPSS, as EO estão presentes em todo momento, desde a admissão à alta, logo, há um número reduzido de trocas de profissionais no exame de toque, somente ao final dos plantões, a mulher e acompanhante possuem uma privacidade maior, pois há um número pequeno de profissionais prestando a assistência, após o parto, há contato pele a pele prolongado entre o binômio mãe-filho por no mínimo uma hora se não houver intercorrências, o estímulo da amamentação precoce, com auxílio e orientações para a pega adequada, apojadura do leite, massagem e ordenha, e a presença do banco de coleta de leite humano, onde a puérpera tem auxílio após a alta em caso de dificuldades, os exames físicos

do RN são realizados pela EO após a primeira hora de vida, com a presença do acompanhante ou da mãe. Todas as práticas realizadas são preconizadas pelo Ministério da Saúde para que haja uma maior satisfação em relação ao parto.

Assim foi possível constatar que, no modelo de atendimento do hospital universitário, ainda faz-se necessário uma série de mudanças, como a inserção da EO nos partos de risco habitual, maior posicionamento do enfermeiro em relação aos cuidados do RN, treinamento da equipe técnica de enfermagem sobre os processos fisiológicos e psicológicos do parto, para que haja entendimento do processo parturitivo e respeito em relação à parturiente e ao acompanhante de sua escolha. A adoção imediata de métodos não-farmacológicos de alívio da dor e posições para o parto, com o objetivo de reduzir o número de intervenções desnecessárias e no sentido de proporcionar experiências positivas para as mulheres e acompanhantes em relação ao parto e nascimento.

8- REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei no - 11.108, de 7 de Abril de 2005**. BRASÍLIA.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apice on: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação. Brasília: Conitec, 2016. 381 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília. 2011.

BRASIL. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BRASIL, Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica**. 2015. 13 f., Defensoria Pública do Estado de São Paulo 2015.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. BRASÍLIA. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> . Acesso em: 7 nov. 2017

CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO, Cristiane; DELAGE, Deborah; NIY, Lara Werner; SANTOS, Sylvana Karla. **Dossiê da Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. 2012. 188 f. Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa, Senado Federal, Brasília, 2012.

DINIZ, Simone Grillo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARDIN DE CARVALHO, Paula Galdino; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. **Abuso e desrespeito na assistência ao parto como um problema de saúde pública no Brasil: origens, definições, os impactos sobre a saúde materna e propostas para a sua prevenção.** *J. Hum. Growth Dev.*, [s.l.], v. 25, n. 3, p.377-387, 25 out. 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

FRÓES, Gabriel Durães Reis. **Vivência do parto no Hospital Universitário de Brasília – HUB.** 24 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)- Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Fundação Perseu Abramo. **Pesquisa de opinião pública: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado.** Brasil, 2010.

MARIANI, Fábio; MATTOS, Magda. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. [Tradução] Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU. *R. Educ. Públ. Cuiabá (Online)* 2012 set./dez [Acesso em 2017 mai 23]; 21 (47): 663-667. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/1766/13>>

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 60, n. 4, p.452-455, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000400018>.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas.** 2010.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto.** 2014. 106 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

VIEIRA, Maraysa Jéssyca de Oliveira; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima. **Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do**

acolhimento ao parto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: _08/_11/_2017_]; 18:e1166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.

WHO, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014.