



ARTIGO ORIGINAL

ATENÇÃO QUALIFICADA AO TRABALHO DE PARTO: UM ESTUDO DESCRITIVO

QUALIFIED CARE TO LABOR: A DESCRIPTIVE STUDY

ATENCIÓN CUALIFICADA AL TRABAJO DE PARTO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Elaise Regina Gonçalves Cagnin¹, Marli Villela Mamede², Fabiana Villela Mamede²

RESUMO

Objetivo: conhecer a atenção ao trabalho de parto tendo por base as competências essenciais em obstetrícia preconizadas pela Confederação Internacional de Parteiras. **Método:** estudo descritivo e prospectivo, com coleta de dados por meio da observação sistemática não participativa das ações de enfermagem. Foram observados 18 trabalhos de parto e os dados foram sistematicamente organizados pela estatística simples, com frequência e percentual apresentados em uma tabela, possibilitando descrever e sintetizar todas as informações coletadas. O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 0824/2007. **Resultados:** o modelo de atenção priorizava a qualificação profissional, no entanto, muitas das habilidades essenciais em obstetrícia deixaram de ser desenvolvidas ou as foram de maneira incompleta. **Conclusão:** foi evidente a necessidade de repensar formação e prática profissional. Os conhecimentos e as habilidades preconizados ao profissional qualificado para proporcionar atenção de qualidade e reduzir a mortalidade materna e neonatal não estiverem presentes durante o estudo. **Descritores:** Competência Profissional; Habilidade; Enfermagem; Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: to know the care during labor based on the essential obstetrics skills recommended by the International Confederation of Midwives. **Method:** this is a descriptive and prospective study with data collection through non-participatory systematic observation of nursing actions. Eighteen labors were observed and data were systematically organized by simple statistics with frequency and percentage presented in a table, enabling to describe and summarize all data collected. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Opinion No. 0824/2007. **Results:** the model of care prioritized the professional qualification however, many of the essential skills in obstetrics no longer developed or were incomplete. **Conclusion:** it was necessary to rethink about education and professional practice. The knowledge and skills recommended to a qualified professional to provide quality care and reduce maternal and neonatal mortality were not present during the study. **Descriptors:** Professional Ability; Skill; Nursing; Obstetrics.

RESUMEN

Objetivo: conocer la atención al trabajo de parto teniendo por base las competencias esenciales en obstetricia preconizadas por la Confederación Internacional de Parteras. **Método:** estudio descriptivo y prospectivo, con recolección de datos por medio de la observación sistemática no participativa de las acciones de enfermería. Fueron observados 18 trabajos de parto y los datos fueron sistematicamente organizados por la estadística simple, con frecuencia y porcentaje presentados en una tabla, posibilitando describir y sintetizar todas las informaciones recogidas. El proyecto de investigación tuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación, parecer nº 0824/2007. **Resultados:** el modelo de atención priorizaba la calificación profesional, sin embargo, muchas de las habilidades esenciales en obstetricia dejaron de ser desarrolladas o fueron de manera incompleta. **Conclusión:** fue evidente la necesidad de repensar formación y práctica profesional. Los conocimientos y las habilidades preconizadas al profesional calificado para proporcionar atención de calidad y reducir la mortalidad materna y neonatal no estuvieron presentes durante el estudio. **Descritores:** Competencia Profesional; Habilidad; Enfermería; Obstetricia.

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de São Carlos/UFSCar. São Carlos (SP), Brasil. Email: elaisecagnin@ufscar.br;

²Enfermeira, Livre-Docente, Professora Titular, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Email: mavima@eerp.usp.br;

³Enfermeira, Livre-Docente, Professora Associada, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Email: famamede@eerp.usp.br



INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna foi ratificada pelas Nações Unidas e seus membros como uma das oito metas de Desenvolvimento para o Milênio, com o aumento da proporção de nascimentos assistidos por pessoal qualificado. Tal iniciativa é endossada por evidências histórica e epidemiológica que indicam a atenção qualificada com efeito significativo na redução das mortes maternas.¹⁻²

A atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e ao neonatal imediato, independentes do parto ser assistido no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. Para que isso ocorra, o provedor destes cuidados além de ter as habilidades necessárias, deve contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas, normas, medicamentos, materiais, equipamentos e infraestrutura adequados, além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, referência e transporte.

A pessoa qualificada deve ser capaz de manejar o trabalho de parto e o parto vaginal, reconhecer o início de complicações, realizar intervenções essenciais, iniciar o tratamento imediato apropriado e promover a oportuna referência da mãe e do bebê a intervenções que estão além de suas competências ou que não são possíveis naquele contexto particular.²

O termo pessoal ou provedor qualificado se refere exclusivamente aquelas pessoas com destreza em atenção profissional ao parto (médicos, parteiras profissionais e enfermeiros) que tenham sido capacitados até alcançarem perícia nas habilidades necessárias para oferecer cuidados competentes durante a gravidez e o parto.³ A Organização Mundial da Saúde (OMS), as Nações Unidas, a Confederação Internacional de Parteiras (ICM) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) estabeleceram um consenso sobre os indicadores que norteiam o perfil esperado de um profissional com habilidades essenciais para oferecer atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal.¹

O documento sobre as Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia preconiza quais os conhecimentos e as habilidades que o profissional qualificado deve possuir para proporcionar à mulher uma atenção de qualidade, em todas as fases do

ciclo reprodutivo, que procura responder: o que uma parteira faz? E o que ela faz está baseado em evidências? Este documento enumera seis amplas competências que o profissional deve possuir e cada uma destas competências determina uma lista de conhecimentos e habilidades básicas requeridas para uma prática segura em qualquer situação, além de conhecimentos e habilidades adicionais que podem ser adotados, de acordo com a realidade de cada país.¹

No Brasil, um dos mecanismos adotados pelo governo foi a criação do programa “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” que consistiu na execução de um conjunto de ações articuladas pelas diferentes esferas de governo para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal, com ações prioritárias de capacitação e educação permanente. Ainda que se tenha conseguido certo progresso, entretanto, em decorrência destas estratégias, mundialmente, ainda há muito que se fazer, o que exige compromissos e aportes de uma gama de sócios, o que inclui governos, organizações não governamentais, organizações internacionais e organismos doadores, entre outros.¹

Estudos que investigaram a cobertura da atenção qualificada revelaram que, em especial na última década, persistiram diferenças significativas dentro de cada região mundial.²⁻¹ Nos países em desenvolvimento, por exemplo, apenas um pouco mais da metade das mulheres (53%) foram atendidas por pessoal qualificado.⁴ No Brasil, a situação mais alarmante atualmente é a qualidade precária do atendimento, em detrimento inclusive do acesso ao serviço.⁴ As mortes maternas continuam sendo um problema a ser combatido e a atenção qualificada ao parto é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e os partos mais seguros e reduzir as mortes maternas.

Ao considerar a importância da temática e a contribuição do profissional de enfermagem neste cenário, o objetivo desse trabalho foi caracterizar as ações desenvolvidas por este profissional na assistência ao trabalho de parto no município de Araraquara, interior do Estado de São Paulo, tendo como referência as competências essenciais para a prática da obstetrícia da ICM/OMS/Figo e as ações preconizadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

OBJETIVO

- Conhecer a atenção ao trabalho de parto tendo por base as competências essenciais em



obstetrícia preconizadas pela Confederação Internacional de Partejas.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir do projeto de pesquisa << **Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal: a realidade de Araraquara/SP** >>, desenvolvida pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo/EERP/USP, com o apoio do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Esta pesquisa foi realizada no período de janeiro a julho de 2008, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo/CEP/USP, sob o protocolo nº 0824/2007.

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, centrado nas ações realizadas por profissional de enfermagem durante a atenção ao trabalho de parto no município de Araraquara, interior do Estado de São Paulo/SP. O estudo foi realizado na maternidade pública vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS, onde era assistida a maioria expressiva de partos vaginais (99%).

Foram considerados elegíveis todos os profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicas em enfermagem e enfermeiras obstetras) que atuavam no centro obstétrico e prestavam cuidados as mulheres em trabalho de parto no momento do estudo. Os critérios de exclusão foram: não atuar no centro obstétrico e não prestar cuidados as mulheres em trabalho de parto no momento do estudo e, ainda, recusar-se expressamente em participar do referido estudo.

A amostra foi composta pelos 11 profissionais de enfermagem do centro obstétrico, após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram observados os atendimentos àquelas mulheres que estavam na condição de parturiente e que, após terem sido esclarecidas quanto ao propósito do estudo, consentiram com a observação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha das mulheres a serem observadas se deu por sorteio entre aquelas que se encontravam em atendimento no momento do estudo.

A coleta de dados foi realizada de forma prospectiva, através da observação direta não participativa, estruturada e sistematizada das ações dos profissionais de enfermagem, direcionada por instrumento *check-list* e norteado pelas competências essenciais em obstetrícia.

Foram observados 18 trabalhos de partos durante um período total de 31 horas de observação, distribuídas entre os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). O menor tempo de observação de trabalho de parto foi 15 minutos e o tempo máximo 5h45, com tempo médio de 1h45.

O período de observação de cada trabalho de parto se encerrava com a resolução via parto vaginal ou operatório. O encerramento da etapa de coleta de dados da pesquisa se deu no momento em que as ações tornavam-se repetitivas e rotineiras, revelando tratar-se de práticas que não mais agregavam valor científico às observações.

Os dados coletados foram sistematicamente organizados pela estatística simples, com frequência e percentual apresentados em uma tabela, possibilitando descrever e sintetizar todas as informações coletadas, tendo como base os documentos que subsidiam a atenção qualificada ao parto: as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS, o Guia prático da assistência ao parto normal (OMS), as diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC), publicado pela OMS e o manual Parto, aborto e puerpério - Assistência Humanizada à mulher, do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

A equipe de enfermagem que atuava no serviço em estudo era composta por seis enfermeiras obstetras, duas auxiliares de enfermagem e três técnicas em enfermagem, totalizando 11 profissionais. Em todos os turnos de trabalho havia uma enfermeira obstetra e uma profissional de enfermagem de nível médio integrando a equipe, além do médico obstetra que também cumpria jornada presencial de trabalho.

Todos os profissionais desenvolveram alguma ação, sendo algumas realizadas exclusivamente por determinada categoria profissional, revelando a divisão de trabalho de acordo com a competência. Aquelas realizadas exclusivamente pela enfermeira obstetra foram a instalação do monitor cardíofetal e a administração de medicamento intravaginal (misoprostol), conforme prescrição médica.

Competia prioritariamente à enfermeira obstetra as ações peculiares à avaliação da evolução do trabalho de parto, embora esta função também fosse atribuída ao médico obstetra. Dentre os 18 trabalhos de partos observados, a enfermeira obstetra avaliou 17 e o profissional médico 12; seis mulheres foram avaliadas exclusivamente pela



enfermeira obstetra, no entanto, uma parturiente não foi avaliada nem mesmo uma vez pela enfermeira obstetra.

Embora todas as enfermeiras fossem especialistas em obstetrícia e realizassem partos vaginais, todos os procedimentos eram registrados no adendo de internação hospitalar - AIH como procedimento médico.

O profissional de enfermagem de nível médio executou as atividades de menor complexidade técnica como administração intravenosa de medicamento, aferição de pressão arterial e instalação de soroterapia. Este profissional ocupava a função de "auxiliar

de centro obstétrico". Na prática, não foi observado diferenciação na execução de ações entre auxiliares e técnicos em enfermagem, conforme prevê a legislação brasileira.

Dentre as atividades observadas, estavam entre aquelas executadas com maior frequência durante o trabalho de parto a realização do toque vaginal, a ausculta de batimentos cardíaco fetal e a conferência da contratilidade uterina. Na tabela 1, será apresentada a distribuição de frequência de ações realizadas a mulheres em trabalho de parto na maternidade pública de Araraquara-SP, São Paulo, 2008.

Tabela 1. Frequência das ações realizadas durante os dezoito trabalhos de partos observados na maternidade pública de Araraquara-SP, 2008.

Descrição da ação	Aux. Enf.		Tec. Enf.		Enf. Obst.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Encaminha para higienização	3	1.67	-	-	-	-	3	1.67
Oferece camisola	3	1.67	2	1.11	3	1.67	8	4.46
Realiza enema	-	-	-	-	-	-	-	-
Realiza tricotomia perineal	2	1.11	-	-	2	1.11	4	2.23
Estimula ingestão hídrica	-	-	2	1.11	5	2.79	7	3.91
Indica amniotomia	-	-	-	-	4	2.23	4	2.23
Realiza amniotomia	-	-	-	-	5	2.79	5	2.79
Ausculta batimento cardíaco fetal	-	-	-	-	29	16.20	29	16.20
Realiza monitorização cardíaco fetal	-	-	-	-	3	1.67	3	1.67
Realiza palpação abdominal	-	-	-	-	12	6.70	12	6.70
Avalia dinâmica uterina	-	-	-	-	25	13.96	25	13.96
Realiza toque vaginal	-	-	-	-	43	24.02	43	24.02
Solicita instalação de ocitocina	-	-	-	-	2	1.11	2	1.11
Instala soroterapia com ocitocina	2	1.11	3	1.67	1	0.55	6	3.35
Controle infusão de ocitocina	-	-	-	-	8	4.46	8	4.46
Orienta trabalho de parto	-	-	-	-	7	3.91	7	3.91
Orienta decúbito lateral esquerdo	-	-	1	0.55	6	3.35	7	3.91
Orienta exercício respiratório	-	-	1	0.55	4	2.23	5	2.79
Orienta puxo	-	-	-	-	1	0.55	1	0.55
Total	10	5.58	9	5.02	160	89.38	179	100.00

Nenhuma ação foi realizada para todas as 18 mulheres observadas. O toque vaginal, por exemplo, deixou de ser realizado em uma parturiente (encaminhada posteriormente ao parto operatório), os batimentos cardíacos não foram auscultados em duas parturientes, a conferência da dinâmica uterina deixou de ser realizada em três parturientes, não ocorreu o monitoramento da infusão de ocitocina intravenosa em 11 parturientes e a aferição da pressão arterial foi realizada somente em sete parturientes (inclusive uma única vez em cada mulher). Ressaltamos que em uma ocasião foi observado a aferição da pressão arterial pela enfermeira obstetra, revelando que, na instituição em estudo, esta ação competia ao profissional de enfermagem de nível médio. Em contraponto, competia

prioritariamente à enfermeira obstetra a realização do toque vaginal, ação esta que se resumia, na maioria das vezes, em avaliar parâmetros cervicais e de apresentação fetal. A avaliação de esvaziamento cervical, descida da apresentação e integridade de membranas amnióticas deixou de ser realizada em todas as parturientes. Somente em três ocasiões foi observada a referência à variedade de posição e, em nenhuma ocasião, as características da bacia.

Algumas ações não foram realizadas para nenhuma parturiente como a mensuração da altura uterina e da circunferência abdominal, o encaminhamento da parturiente à deambulação, o uso da bola de Bobath, a realização de analgesia de parto e a realização de amnioscopia. A medição da



temperatura foi realizada para duas mulheres apenas.

Este estudo revelou que o uso de procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor foi uma prática pouco utilizada, sendo o encaminhamento ao banho de relaxamento a ação realizada com maior frequência (para oito mulheres apenas) por iniciativa dos profissionais de enfermagem: em seis ocasiões indicados pela enfermeira obstetra e em duas ocasiões, por profissional de nível médio. A realização de massagem foi observada em dois momentos, ocasião em que a enfermeira e a profissional de enfermagem de nível médio a executaram. O uso do cavalinho ocorreu uma única vez, a partir da iniciativa do profissional de enfermagem de nível médio.

O uso de métodos farmacológicos para alívio da dor se resumiu exclusivamente à administração de medicamento intravenoso - procedimento adotado para seis dentre dezoito mulheres - sendo que em quatro destas ocorrências coube à enfermeira obstetra a solicitação desta ação. A nenhuma mulher foi oferecida a analgesia de parto, apesar de esta ação fazer parte do protocolo assistencial do serviço.

O uso do partograma foi uma prática adotada para todas as mulheres; no entanto, a anotação no gráfico deste instrumento ocorreu em apenas seis trabalhos de partos e, em todas as ocasiões, executada pela enfermeira obstetra. As anotações foram realizadas na maioria das vezes no quadro de observações; o profissional de enfermagem de nível médio se limitou a anotar os valores de pressão arterial neste instrumento.

A presença de acompanhante ocorreu uma única vez durante todo o período de observação, mediante autorização verbal do médico obstetra, pois o direito ao acompanhante não estava garantido no serviço.

DISCUSSÃO

A constituição das competências essenciais em obstetrícia foi embasada em um modelo de cuidado que compreende gravidez e nascimento como eventos normais. Inclui a realização de cuidados centrados na mulher, com monitorização do bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo, educação e cuidado individualizados à mulher e assistência contínua com o mínimo de intervenções tecnológicas.¹

O estudo revelou que a assistência ao trabalho de parto no município de Araraquara-

SP priorizava a qualificação profissional na execução de ações, identificando haver a delimitação nos limites de atuação baseada na competência profissional e a preocupação com a atenção qualificada ao parto e nascimento. A enfermeira obstetra desenvolveu ações regulamentadas pela legislação brasileira, conforme o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício profissional do Enfermeiro e das profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstetra, o que difere dos achados de um estudo realizado nas instituições de Rio Branco - AC.⁵

A análise das ações observadas revelou que nesta instituição competia à enfermeira obstetra a atenção ao trabalho de parto. Em contraponto, não houve diferenciação na atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio, de acordo com o grau de habilitação (auxiliar de enfermagem e técnico em enfermagem), conforme determina o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

Não foi observada a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, conforme decisão do COREN-SP/DIR/008/1999, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Decisão COFEN nº 001/2000 de 04 de janeiro de 2000. A Consulta de Enfermagem não foi realizada de acordo com o preconizado pela legislação profissional do país. Para a avaliação obstétrica, é seguido o modelo médico e esta ação não está contemplada no protocolo assistencial da instituição.

O médico era responsável pela ficha de atendimento ambulatorial (FAA) e pelo adendo de internação hospitalar (AIH) e, nesta circunstância, a atuação da enfermeira obstetra passava a ser omitida. Embora o recorte deste estudo limitou-se ao período do trabalho de parto, é importante revelar que 75% dos partos vaginais da instituição eram assistidos por enfermeiras obstetras. A enfermeira obstetra apropriou-se deste espaço para a sua prática profissional, realidade diferente das encontradas nas maternidades de Rio Branco/AC, onde apenas 28% dos partos são realizados por pessoal qualificado e em Londrina/PR, onde a realização do parto pela enfermeira obstetra ocorre de maneira modesta.⁵⁻⁶

Os achados nos permitiram verificar que, apesar do modelo de atenção ao trabalho de parto priorizar a qualificação profissional, muitas das habilidades básicas deixaram de ser realizadas ou foram feitas de maneira incompleta e as habilidades adicionais,



quando executadas, também ocorreram de maneira incompleta. Resultados semelhantes foram encontrados em uma maternidade no interior do Estado do Paraná, onde a maior parte das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para um parto seguro não foi atendida de modo eficaz, assim como na realidade encontrada em maternidade de Rio Branco, no Acre.⁵⁻⁷

Na instituição analisada, não houve o cumprimento de condutas estabelecidas em protocolos assistenciais, cabendo a decisão ao médico obstetra de plantão. Não houve consenso quanto às práticas adotadas para a mulher em trabalho de parto, apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, por exemplo, em relação à tricotomia, enema, alimentação e ingestão hídrica, em muitas ocasiões, as mulheres foram submetidas a estas ações.

Muitas das habilidades básicas deixaram de ser realizadas ou foram feitas de maneira incompleta, como a conferência da dinâmica uterina, a ausculta de batimentos cardíacos fetais - BCF e a realização de toque vaginal, ações imprescindíveis para a atenção qualificada ao parto e redução do risco materno e fetal. Na avaliação da dinâmica uterina, não eram considerados parâmetros essenciais como frequência e intensidade das contrações por um período de dez minutos. A ausculta era realizada por menos de um minuto, não foi seguido o intervalo mínimo de 30 minutos entre as avaliações de BCF, não foram descritos o ritmo e a localização do dorso fetal, e estas avaliações não ocorreram durante as contrações uterinas. No toque vaginal, não foram avaliadas as características da bacia, a variedade de posição materno-fetal e o Plano De Lee. Estas observações, quanto a não realização de ausculta de BCF e do toque vaginal, também foram constatadas nas maternidades de Rio Branco (AC).⁵

Algumas práticas úteis ao parto normal foram pouco utilizadas, enquanto que outras prejudiciais ou ineficazes utilizadas rotineiramente. Reverter esse quadro será essencial para reduzir a mortalidade materna e neonatal e oferecer cuidados humanizados e de qualidade. Apesar da prática de humanização no processo do parto normal estar em ascensão, ainda é bastante comum identificar que esse processo permanece vinculado ao modelo biomédico e intervencionista, que fragmenta o ser humano, contribui para a medicalização e intervenções desnecessárias, submetendo a mulher e o feto a risco.⁸

A tricotomia, apesar de realizada na minoria das mulheres durante o período de

observação, revelou ser uma prática rotineira na instituição, uma vez que todas as mulheres realizaram este procedimento. O Ministério da Saúde recomenda que, assim como o enema, esta prática seja realizada somente se solicitada pela mulher.⁹ Em maternidades de Rio Branco (AC), a tricotomia e o enema não são realizados de rotina; no entanto, 98,2% das mulheres que tiveram parto normal fizeram a tricotomia em casa ou no hospital e o enema foi utilizado em 18% dos partos, em uma maternidade e, em 38%, na outra maternidade.⁵

A ingestão hídrica era livre e a alimentação suspensa na fase ativa do trabalho de parto, todavia, apenas oito dentre as dezoito parturientes foram estimuladas a ingerir líquidos. Nas maternidades de Rio Branco (AC), a alimentação e a hidratação são liberadas e estimuladas durante o trabalho de parto.⁵ A Organização Mundial de Saúde recomenda que as mulheres sejam estimuladas quanto à hidratação e que seja oferecida alimentação às parturientes em trabalho de parto.⁹

O uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor não fazia parte da prática estudada. Apenas oito dentre 18 parturientes foram encaminhadas ao banho para relaxamento, o encaminhamento à deambulação e o uso da bola não foram incentivados e o uso do cavalinho e a realização de massagem ocorreram eventualmente. O estímulo à deambulação difere da realidade de Rio Branco (AC), onde as mulheres são estimuladas pelas enfermeiras obstetras a deambular durante o trabalho de parto.⁵ Os profissionais de enfermagem de nível médio estimularam o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor tanto quanto as enfermeiras obstetras.

A OMS recomenda que as parturientes sejam estimuladas a deambular e considera esta prática como benéfica para alívio da dor, além das técnicas não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro.⁹ Estas estratégias demonstram ser efetivas e bem aceitas pela mulher. Os métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor são raramente utilizados nas maternidades de Rio Branco (AC) e, quando ocorrem, são desempenhados pelas enfermeiras obstetras.⁵ Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto vêm ganhando força por meio dos movimentos a favor das práticas de humanização. Estudos incluem como tais métodos hidroterapia, deambulação, mudanças de posição, exercícios de relaxamento, técnicas de



respiração, massagem terapêutica, o uso da bola de parto, estimulação elétrica transcutânea e crioterapia.⁸

Na instituição estudada, o uso de métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto ocorreu principalmente pela administração de medicamento endovenoso - buscopam composto, plamet e glicose 25% (33,3%); a analgesia de parto não fez parte da prática obstétrica.

A administração intravenosa de ocitocina foi uma prática rotineira: 15 dentre as 18 parturientes observadas estavam com infusão de ocitocina durante o trabalho de parto. Ficou constatado que o controle sistemático da infusão ou gotejamento de ocitocina não fez parte da rotina. A solicitação de instalação de ocitócito foi realizada também pela enfermeira obstetra, posteriormente prescrito pelo médico. Um estudo das características assistenciais dos partos assistidos por enfermeiras obstetras encontrou que a ocitocina foi utilizada em metade das parturientes.¹⁰ A Organização Mundial de Saúde orienta que não está claro que o uso liberal de ocitocina para a correção da dinâmica uterina ofereça benefícios para as mulheres e os seus recém-nascidos.¹¹

A orientação das parturientes, quanto à evolução do trabalho de parto, técnica de respiração e de puxo e benefícios da posição em decúbito lateral esquerdo, foi realizada predominantemente pelas enfermeiras obstetras, embora nem todas as mulheres tivessem recebido tais instruções. A ação educativa deve ser considerada não só como uma atividade a mais, mas como prática que alicerça e reorienta toda a atenção à saúde; uma das tarefas que se coloca é a construção de um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no seu processo de trabalho assistencial.¹²

O uso do partograma e, em especial, do seu gráfico, não era uma prática na instituição, apesar deste impresso encontrar-se anexo ao prontuário de todas as parturientes, pois em menos de 35% dos casos ocorreu o registro neste gráfico. Estudos identificaram que assim como a avaliação vesical e a palpação abdominal, o uso do partograma não fez parte da prática obstétrica dos profissionais das maternidades de Rio Branco - AC.⁵ Segundo o Ministério da Saúde/MS, o partograma é uma representação gráfica que deve ser utilizada para acompanhar a evolução do trabalho de parto, pois, com sua utilização, o é possível fazer diagnósticos precoces e suas respectivas intervenções.⁹

A presença de acompanhante não era compreendida como parte da assistência

prestada, revelando não fazer parte da prática obstétrica. Um estudo com parturientes em início de trabalho de parto, atendidas em maternidade do interior do estado do Ceará/CE, identificou sentimentos de medo, insegurança e desconhecimento sobre o processo do parto expressos pelas parturientes e eles convergiram para a necessidade de inclusão de acompanhante no momento do parto e de um ambiente com privacidade.¹³

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revelou que na realidade estudada a enfermeira obstetra encontrou abertura para a sua prática profissional por meio do acompanhamento do trabalho de parto, desenvolvendo ações em conjunto com a equipe multiprofissional responsável pela assistência ao parto e nascimento.

O estudo forneceu subsídios para a reflexão sobre a qualidade do atendimento de enfermagem prestado à mulher no trabalho de parto. Identificamos que muitas das habilidades essenciais em obstetrícia para a atenção de qualidade, preconizadas pela Confederação Internacional de Parteiras foram desenvolvidas, mas algumas deixaram de ser desempenhadas ou quando executadas ocorreram de maneira incompleta. Algumas habilidades adicionais, apesar de não respaldadas pela legislação profissional brasileira, foram executadas e na maioria das vezes, de maneira incompleta.

Defendemos que é necessário repensar a formação e a prática profissional como medida para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a mulher e ao neonato. A atuação do profissional que detém as competências e as habilidades necessárias para a atenção qualificada é essencial para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal e a realização indiscriminada de cesárea. O processo ensino-aprendizagem deve priorizar práticas pedagógicas mais ativas e inovadoras que incorporem também a abordagem cultural, antropológica e tecnológica como parte do pensamento crítico-reflexivo, capacitem os profissionais para a atenção qualificada e os sensibilizem em relação a atual situação da saúde reprodutiva no Brasil. As políticas públicas e as propostas de humanização têm valorizado a formação de enfermeiras obstetras, estratégias que contribuem de maneira efetiva para o alcance da maternidade segura.

É imperativa a reorganização da assistência ao trabalho de parto envolvendo inclusive a incorporação de diretrizes e protocolos assistenciais que preconizem a melhoria da



qualidade dos serviços e o oferecimento de um cuidado não intervencionista, humano e seguro. Os atores envolvidos no processo de parto e nascimento (os profissionais assistenciais, os gestores, as mulheres, as organizações não governamentais, os ativistas, enfim, toda a comunidade) devem promover conjuntamente um processo de sensibilização em prol da atenção qualificada ao parto e nascimento, fomentado por articulações políticas assertivas e investimentos do governo em todas as suas instâncias.

A realização de estudos como este, em outras realidades do país, auxiliará na conformação da real participação da enfermagem e no estabelecimento de políticas de formação para o atendimento às demandas maternas e neonatais, uma vez que este traz limitações por se tratar de um recorte de uma realidade em particular.

REFERÊNCIAS

1. Macdonald M, Starrs A. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para política. New York: Family Care Internacional; 2003. 8p. Available from: <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>.
2. Macdonald M, Starrs A. La atención calificada durante el parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York: Family Care Internacional; 2003. 52 p. Available from: <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20info%20book.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, Brasília: Ipea. [Internet] 2004 [cited 24 Apr 2014]. 96 p. Available from: http://www.pnud.org.br/Docs/1_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório sobre a Situação das Populações Mundiais. Fundo de População das Nações Unidas. [Internet] 2011 [cited 24 de Apr 2014]. 132 p. Available from: <http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>.
5. Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm on line [Internet]. 2008 Dec [cited 2013 July 04];12(4):717-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400016.
6. Esser MAMS, Mamede FV, Mamede MV. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2011 Jan 15]; 14(1): 133-41. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a15.htm>.
7. Milfont P, Silva V, Chaves D, Beltrão B. Quality of care and satisfaction of women with natural childbirth: exploratory study. Braz J Nurs on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Mar 08]; 10 (3): [about 5 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493>.
8. Oliveira e Silva DA, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, M Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 May [cited 2013 July 04];7(spe):4161-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet] 2001. [cited 24 Apr 2014]. 199 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
10. Pereira AL, Dantas F. Características assistenciais dos partos normais. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 July 04];6(1):76-82. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2066/pdf_756.
11. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. New York: WHO [Internet] 1996. [cited 22 Apr 2014]. 93 p. Available from: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/maternidade/56_a.pdf.
12. Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 Mar/Apr [cited 2013 July 04];16(2):177-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf.
13. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Ximenes Neto FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de



Paulo Freire. J Nurs UFPE on line [Internet].
2013 May [cited 2013 July 04];7(5):1398-405.
Available from:
www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6116/pdf_756.



Submissão: 07/03/2013

Aceito: 26/06/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Elaise Regina Gonçalves Cagnin
Universidade Federal de São Carlos
Rod. Washington Luis, Km 235, SP 310
CEP 13565-905 – São Carlos (SP), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(10):3266-74, out., 2014