



O CUIDADO DE ENFERMEIRAS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DA HUMANIZAÇÃO

THE CARE OF NURSES OF AN OBSTETRIC RESIDENCE PROGRAM UNDER THE SCOPE OF HUMANIZATION

EI CUIDADO DE ENFERMERAS DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA OBSTÉTRICA BAJO LA MIRADA DE LA HUMANIZACIÓN

Fernanda Nogueira Giantaglia¹, Estefânia Santos Gonçalves Felix Garcia², Lorrane Cristina Tavares da Rocha³, Mônica La Salette da Costa Godinho⁴, Eliana Peres Rocha Carvalho Leite⁵, Christianne Alves Pereira Calheiro⁶

RESUMO

Objetivo: identificar os cuidados oferecidos à mulher, sob o olhar da humanização no parto e puerpério, pelas enfermeiras. **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com seis enfermeiras egressas do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica de uma universidade pública. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista. Em seguida, os dados foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** verificou-se a importância de o profissional oferecer respeito e segurança por meio da assistência qualificada, fazendo todas as orientações possíveis para que a parturiente se sinta confortável e tenha autonomia ao receber os cuidados obstétricos humanizados e, desse modo, se sinta capaz de passar por todo o processo do parto-nascimento e puerpério da melhor maneira possível. **Conclusão:** as residentes conseguiram os cuidados humanizados preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, apesar de toda a argumentação sobre a humanização, a predominância da medicalização do parto foi evidente, impedindo a integralidade da assistência humanizada. **Descritores:** Estudantes de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: to identify the care offered to women, under the watch of humanization in childbirth and puerperium, by nurses. **Method:** a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, with six nurses, who graduated from the Residency Program in Obstetric Nursing at a public university. For the data collection, the interview was used. Then the data was analyzed by the Content Analysis Technique, in the Thematic Analysis modality. **Results:** it was verified the importance of the professional to offer respect and security through the qualified assistance, making all the possible orientations, so that the parturient feels comfortable and has autonomy when receiving the humanized obstetrical care, and, in this way, feels capable of going through The whole process of childbirth and puerperium in the best possible way. **Conclusion:** the residents achieved the humanized care recommended by the Ministry of Health (MH) and World Health Organization (WHO). But, despite all arguments about humanization, the predominance of the medicalization of childbirth was evident, hindering the comprehensiveness of humanized care.

Descriptors: Students, Nursing; Obstetric Nursing; Humanization of Assistance.

RESUMEN

Objetivo: identificar el cuidado ofrecido a las mujeres, bajo la mirada de humanización al parto y el puerperio, por las enfermeras. **Método:** estudio descriptivo exploratorio con un enfoque cualitativo, con seis enfermeras del programa de residencia en enfermería obstétrica de una universidad pública. Para la recogida de datos, fue utilizada entrevista. Luego los datos fueron analizados por la Técnica de Análisis de Contenido, de Análisis Temático. **Resultados:** se comprobó la importancia del profesional ofrecer respeto y seguridad a través de una asistencia calificada, haciendo todas las orientaciones posibles, para que la madre puede sentir cómodos y tengan autonomía al recibir la atención obstétrica humanizada, y así, sentirse capaces de ir a través de todo el proceso de parto-nacimiento y puerperio de la mejor manera posible. **Conclusión:** los residentes lograron cuidados humanizados recomendados por el Ministerio de salud y Organización Mundial de la salud (OMS). Pero a pesar de todos los argumentos acerca de la humanización, el predominio de la medicalización del parto fue evidente, impidiendo la integralidad de la asistencia humanizada. **Descritores:** Estudiantes de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Humanización de la Atención.

¹Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Alfenas-MG/UNIFAL-MG, Alfenas (MG), Brasil. E-mail: fernanda.ng89@gmail.com;

²Enfermeira obstetra, Professora Mestra no curso de Enfermagem pelo Centro Universitário do Sul de Minas/UNIS-MG, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: estefania.felix79@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Discente do Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência, Centro Universitário do Sul de Minas/UNIS-MG, Varginha (MG), Brasil. E-mail: lorrane.enfermagem@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Graduação, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL-MG, Alfenas (MG), Brasil. E-mail: monica.godinho@unifal-mg.edu.br; ⁵Enfermeira obstetra, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL-MG, Alfenas (MG), Brasil. E-mail: eliana.leite@unifal-mg.edu.br;

⁶Enfermeira obstetra, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL-MG, Alfenas (MG), Brasil. E-mail: christianne.calheiros@unifal-mg.edu.br

INTRODUÇÃO

A humanização está associada à transformação da cultura hospitalar para que haja a sistematização de cuidados que sejam direcionados para as necessidades das mulheres e suas famílias e, também, para que sejam feitas alterações na estrutura física, remodelando o espaço hospitalar para um ambiente mais confortável e favorável ao estabelecimento de práticas humanizadas da assistência. Cada vez mais, se tem estudado sobre a importância da humanização no parto. Nesse sentido, é essencial ressaltar que a humanização da assistência obstétrica foi se perdendo ao longo da história. Historicamente falando, o parto, por ser um evento natural, fazia com que as mulheres compartilhassem suas experiências próprias e estas iam se familiarizando e aceitando as manobras que facilitavam o parto, além de terem conhecimento da gravidez e puerpério com a vivência imposta culturalmente.¹

No século XIX, a maternidade foi tendo cada vez mais sua exaltação, sendo o discurso dominante da época. A crescente inclusão do cirurgião na equipe colaborou para a medicalização do parto, adotando a posição de decúbito dorsal para facilitar o trabalho do médico e o uso de instrumentos. Todo esse novo processo contribuiu para a desumanização da assistência, pois não ocorria a criação de laços de relacionamento humano, havia a falta de contato pessoal e emocional, além de que a mulher perdeu o direito de decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo.²

No final da década de 1990 no Brasil, o conceito de humanização passou a fundamentar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, culminando com a Política Nacional de Humanização - PNH. Assim, pode-se compreender o conceito de humanização em dois aspectos fundamentais: primeiramente, é dever das unidades de saúde tratar com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, de forma ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição, de modo a gerar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares a fim de desfazer o tradicional isolamento determinado à mulher.³

A humanização da assistência ao parto tem como objetivo ser a mais natural possível, dentro de uma relação de respeito ao binômio mãe e filho, para que a mulher tenha a oportunidade de gerenciar a sua função biológica por meio da sua mente e corpo, não

querendo dizer que, nos momentos limites, não se possa utilizar os recursos tecnológicos.⁴

Nesse modelo de atenção, foi preconizado o mínimo de intervenção possível na assistência ao parto, como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS). Se houver necessidade de alguma intervenção, deve-se explicar à cliente sua real necessidade.⁵ Nesse contexto, quanto às possibilidades e desafios emergentes com a proposta da humanização no parto, foi necessário que houvesse a ampliação da visibilidade do papel do enfermeiro, para que mudanças mais radicais ocorressem à implantação e êxito dessas propostas, visto que requerem investimentos no âmbito da formação e atuação destes profissionais. Desse modo, verifica-se ainda hoje que, para que esse modelo seja alcançado, será necessário que o enfermeiro tenha compromisso de agregar, ao componente assistencial do cuidado, intervenções educativas e humanizadas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A Enfermagem, por meio do acolhimento, vínculo, orientações realizadas e a satisfação profissional, consegue um reconhecimento e oferta de novas técnicas não farmacológicas que garantem um parto humanizado com o mínimo de dor.⁶

Assim, tendo como foco a humanização do processo do parto e nascimento, o Ministério de Saúde instituiu a Portaria MS/GM 2.815, de 28 de maio de 1998, que inclui, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" que tem, como meta principal, reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional.³ Desde então, o trabalho destes profissionais tem sido incentivado pelas políticas nacionais de saúde, inclusive, o Ministério da Saúde tem incentivado, técnica e financeiramente, a realização de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção à gestação, parto e puerpério, que é a assistência humanizada propriamente dita. Consequentemente, os enfermeiros obstetras estão ocupando maiores espaços na assistência e ganhando visibilidade, principalmente, pela humanização da assistência de maneira qualificada.⁷

Enfermeiros obstetras são capazes de superar o modelo de cuidado intervencionista e desenvolver habilidades não invasivas que são peculiares desse modelo humanizado e desmedicalizado de assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Estes são responsáveis

pela mudança cultural para a concretização do cuidado sensível e humano no atendimento das mulheres que vivenciam esse processo.¹

É imprescindível a preparação dos profissionais precedente à implementação das políticas de humanização do parto, como também se faz primordial a sensibilização e capacitação constante das equipes obstétricas para a validação desse modelo.⁸

Assim, pesquisou-se o cuidado de enfermeiras de um Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, sob o olhar da humanização, durante o processo do parto, nascimento e puerpério, em uma instituição hospitalar de um município de Minas Gerais.

Objetivo

- Identificar os cuidados oferecidos à mulher, sob o olhar da humanização no parto e puerpério, pelas enfermeiras.

Método

Estudo de natureza qualitativa, descritivo, exploratório, com seis enfermeiras (totalidade de alunas matriculadas no curso) egressas do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica que atuaram cuidando de parturientes e puérperas em uma instituição hospitalar de um município de Minas Gerais (MG), Brasil.

Optou-se por pesquisar estes sujeitos com o intuito de conhecer a vivência do cuidado da humanização aplicada na prática, no desenvolver do curso de residência. As residentes foram identificadas com codinomes de flores, escolhidos pelas próprias participantes, garantindo, assim, o anonimato da população estudada.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que foi gravada e transcrita posteriormente. A mesma foi dirigida por um Roteiro para a Entrevista, após teste piloto, em fase anterior à pesquisa, e consta que estabelece o perfil dos pesquisados e uma questão norteadora.

A entrevista foi aplicada pela pesquisadora do estudo no período de maio a julho de 2015, atentando para a compreensão das informações das respondentes, bem como para com o ambiente, facilitando a disponibilidade das informações.

No processo de organização e análise dos dados, todas as entrevistas foram transcritas de forma fidedigna e, posteriormente, codificadas e analisadas.

Para análise dos dados oriundos das perguntas abertas, estas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin e adotados os

seguintes passos: 1. pré-análise; 2. exploração do material e 3. tratamento dos resultados, categorização e interpretação⁹. A primeira fase destinou-se à organização e à sistematização dos dados coletados e das ideias, fazendo o que Bardin chama de “leitura flutuante”, com a qual destacaram-se os pontos considerados relevantes para a compreensão do objeto pesquisado.

Em seguida, procedeu-se à descrição analítica dos dados, dando destaque para as partes relevantes da coleta. Realizou-se, então, um estudo mais apurado das entrevistas, articulando-o com os objetivos e o referencial teórico das políticas de humanização ao parto e puerpério do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, constituído para a pesquisa. Nesse momento, estabeleceram-se os eixos de análise. No terceiro momento, chamado de interpretação, foi procedida a análise dos dados, buscando o aprofundamento do tema pesquisado e definindo quais falas, nas entrevistas das residentes, puderam ser interpretadas segundo os eixos de análise já estabelecidos.

Assim, foram realizadas leituras sucessivas do material produzido. Posteriormente, as entrevistas foram codificadas e analisadas de acordo com os seguintes passos: leitura flutuante de cada uma das respostas e ordenação das mesmas; interpretação vertical (interpretação situada de cada residente) e horizontal (comparações e contrastes entre os dados coletados das residentes) e análise final das mesmas. Posteriormente, os dados obtidos foram discutidos entre si e confrontados com a literatura.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL - MG, conforme parecer nº 975.752, de 17 de dezembro de 2014. Toda a população em estudo assinou o TCLE, concordando em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas seis residentes do Programa de Residência em Enfermagem do Ministério da Saúde de uma Universidade Pública. Após a realização das entrevistas, os dados constantes foram organizados para a caracterização da população questionada, conforme exposto a seguir:

As características mostraram que a idade variou entre 25 e 47 anos, predominando a faixa etária entre 25 a 27 anos. Em relação ao tempo que atuam na Enfermagem, obteve-se um predomínio de três a quatro anos pelas

residentes, isto é, trata-se de residentes recém-formadas, enquanto apenas uma, com mais experiência, atua há 18 anos. Quanto ao tempo em que exerce a Enfermagem obstétrica, duas atuaram somente durante a residência, que foram dois anos, e quatro residentes atuam há mais de dois anos. Ao regime de trabalho, duas trabalham 12/36 horas; uma exerce docência por 26 horas semanais e outra não trabalha no momento.

Quanto a ter cursado ou estar cursando Pós-Graduação, duas fizeram especializações de 360 horas e duas estão cursando mestrado. Sobre o Estado Civil, a grande maioria é solteira (quatro), uma é casada e uma é separada judicialmente. Sobre os vínculos empregatícios, três possuem apenas um e três não possuem nenhum, pois não trabalham. Quanto à forma de contrato vigente na Instituição de saúde, três são sob a forma CLT e a outras três delas o questionamento não se aplica, pois não trabalham em Instituição de Saúde.

Sobre o tipo de Instituição onde atuam, duas trabalham em privadas com fins lucrativos e uma, em filantrópica; da mesma forma, o questionamento não se aplica a três, pois não trabalham em Instituição de saúde. Apenas uma se dedica 26 horas às atividades profissionais de docência.

Verifica-se uma população exclusivamente feminina, com apenas uma das entrevistadas trazendo para a residência experiência na área.

Foram elaboradas categorias para que fosse possível expressar, com mais veemência, as falas das entrevistadas, permitindo organizar o material obtido, assegurando a compreensão dos elementos constituintes a partir de suas falas, bem como facilitar a disponibilidade das informações.

Em seguida, será apresentada e discutida cada uma das categorias temáticas encontradas na análise de conteúdo:

Os cuidados obstétricos humanizados oferecidos pelas enfermeiras residentes e os facilitadores da promoção da autonomia e respeito à mulher;

Os métodos não farmacológicos da dor como alternativa de uma assistência de forma mais natural para o conforto das parturientes;

Predominância da medicalização do parto: bloqueio na assistência obstétrica humanizada.

♦ Os cuidados obstétricos humanizados oferecidos pelas enfermeiras residentes e os facilitadores da promoção da autonomia e respeito à mulher

Pode-se perceber que as residentes, pelos seus cuidados humanizados, foram conquistando, aos poucos, seu espaço. Para tornar o processo mais natural e humanizado possível, respeitando todas as suas etapas, a Enfermagem Obstétrica vai assumindo, de maneira gradativa, seu espaço, seja pela qualidade da assistência prestada ou pela contribuição acadêmica e das especializações.¹⁰

A humanização da assistência durante o processo de parto-nascimento inclui principalmente que a enfermeira obstetra respeite os aspectos da fisiologia da mulher, sendo essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e evitem a necessidade de tantas intervenções. Foi destacada, nas falas das residentes, a importância da Enfermagem ter o papel primordial na realização desses cuidados, proporcionando à parturiente o alívio da dor e tornando o parto humanizado, para que a mulher vivencie, da melhor maneira possível, este momento singular que é o nascimento de seu filho.¹¹

A avaliação das entrevistas com as residentes permitiu identificar que a humanização dentro do contexto hospitalar inicia-se pela admissão e acolhimento da mulher, na identificação desta, procurando aplicar a empatia e passar todo conforto e segurança para que, assim, seja conquistada a confiança desta mulher. Uma das residentes enfatiza a importância de o profissional depositar segurança por meio da assistência qualificada, orientando que a dor que a mulher está sentindo é fisiológica e normal e que desse modo ela saiba e confie que é capaz de passar por todo o processo do parto-nascimento da melhor maneira possível. Dessa maneira, há o reconhecimento da qualidade desses cuidados das profissionais residentes por parte das pacientes e querer que elas voltem.

É relevante abordar sobre o respeito que se deve ter com a paciente durante todas as etapas do processo de parturição. Deixá-la escolher a posição preferida para cada momento, os exercícios que ela quer realizar, o que quer fazer neste momento único. Deixá-la ser “dona do seu próprio corpo”, dando a ela toda a autonomia. Isso é essencial para que o respeito seja criado e, assim, haver o vínculo do profissional-paciente e também com a família. Todos esses apontamentos são notados nas falas, conforme exposto abaixo:

Os cuidados humanizados que eu procurei aplicar foi um acolhimento empático, foi passar pra paciente segurança, confiança,

despertar nela que o meu desejo de fazer parte daquele momento como uma ajuda, como um apoio e, assim, depositando nela a confiança de que ela é capaz. E eu sempre usei esse termo: a sua dor é normal, é uma dor fisiológica, essa dor não é de problema nenhum, está tudo bem, é uma dor do bem, é uma dor normal. Então, aquilo parece que confortava. [...] Pra que elas pudessem falar: eu posso confiar nessa pessoa, essa pessoa está aqui comigo. Tanto é que algumas delas perguntavam: você vai voltar? Você vem amanhã? Entendeu? Então, assim, eu sinto que eu fiz diferença na questão da humanização. (Margarida)

Deixar pra ela escolher um pouquinho e ser dona do corpo dela, não só nos exercícios que ela irá realizar, mas na escolha de posição, de quem quer ficar com ela, de como que ela quer ficar. (Lírio)

Como forma de humanização eu acredito que foi o respeito à mulher, durante o parto, durante todo o processo de parturição. (Bromélia)

Eu acho que o primeiro cuidado que a gente tem em relação à humanização é a formação do vínculo que a gente cria com a gestante, com a família e com o companheiro. A gente com a parturiente e puérpera que estão internadas na atenção hospitalar. (Violeta)

Verifica-se também, nas falas das residentes, que elas conseguiram manter a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, fato garantido por meio da lei nº 11.108 do Ministério da Saúde (2005), no qual é um direito dito como uma prática de humanização que permite que a gestante venha a ter um acompanhante de sua escolha no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde.¹²

A participação do acompanhante de livre escolha dela. Durante o trabalho de parto, ela consegue ficar com o acompanhante mesmo que seja o marido, pai da criança (não restringe ao sexo feminino), conseguimos essa abertura e implementar isso lá dentro. (Rosa)

O envolvimento do familiar nesse processo de trabalho de parto, não só a criação do vínculo, mas também envolver o familiar ou companheiro nesse processo. (Violeta)

O acompanhante de livre escolha da paciente representa um laço com seu ambiente domiciliar, deixando uma presença confortável, de contato físico, dividindo o medo e a ansiedade, para estimular, de forma positiva, a paciente nos momentos difíceis. Desse modo, as entrevistadas mostraram a importância da interação do acompanhante também com os cuidados, por exemplo, de ele fazer a técnica da massagem se a paciente quisesse, envolvendo-o, assim, nesse

processo. Nesse sentido, pode-se perceber que as residentes em estudo são assim apontadas como responsáveis por tornar a proposta do acompanhante uma realidade.¹³

Foi evidenciado também, nas entrevistas, sobre a vivência da prática do contato pele a pele, de acordo com a Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, art. 4º, que determina assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe, de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida, no qual a temperatura do ambiente deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor¹⁴, conforme verifica-se abaixo:

A promoção do contato pele a pele com o RN, isso a gente conseguia bastante também. (Orquídea)

Com o contato pele a pele, cria-se um ambiente excelente para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, pois acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido, com menor perda de energia, e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe, além de ser considerado um recurso potencial para a promoção do aleitamento materno precoce.¹⁵

A Enfermagem possibilita o início do contato e de auxiliar a mulher neste primeiro reconhecimento do binômio mãe-filho, proporcionando mais segurança e liberdade para a mulher solicitar ajuda, sempre que necessário. Assim, verifica-se que o contato pele a pele foi uma prática humanizada que as entrevistadas conseguiram promover durante a residência.¹⁵

Verificou-se que outro cuidado em Enfermagem Obstétrica que as residentes conseguiram implementar foi o clampeamento tardio do cordão umbilical, conforme conotado abaixo:

A secção tardia do cordão umbilical oportuna, a gente conseguiu também. (Rosa)

Esta prática é vista positivamente quando evidencia que os níveis de ferro na criança são fortemente induzidos pelo volume corpóreo total de ferro ao nascer, e o momento do clampeamento do cordão umbilical pode acometer o volume de sangue transferido da placenta para o recém-nascido e, consequentemente, o volume total de ferro. O clampeamento tardio, comparado ao clampeamento imediato, colabora com maior concentração de hemoglobina e menor incidência de anemia aos quatro meses de

Giantaglia FN, Garcia ESGF, Rocha LCT da et al.

O cuidado de enfermeiras de um programa...

vida e estoques mais elevados de ferro aos seis meses.¹⁶

Outro cuidado, realizado com sucesso pelas residentes, foi a promoção do aleitamento materno na primeira hora e também auxiliar as puérperas que tinham dificuldades, ato recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e corresponde ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), no qual é interpretado como: colocar o recém-nascido (RN) em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por, no mínimo, uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário.¹⁷ Este cuidado também foi entendido como prática expressiva de humanização realizada pelas residentes:

Estimular o aleitamento materno, quando elas tinham dificuldade, às vezes o RN não pegava logo de imediato e a gente conseguia desenvolver esse trabalho bem legal também. (Orquídea)

[...] A primeira hora pós-parto tentávamos promover a amamentação. (Lírio)

Estudo mostra que essa é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e é fundamentado na capacidade de interação dos recém-nascidos (RN) com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é essencial para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, aumentando, assim, a duração do aleitamento materno; a prevalência de aleitamento materno nos hospitais e a redução da mortalidade neonatal.¹⁸

Quanto às orientações de Enfermagem, pode-se constatar que as residentes priorizaram efetivar as orientações desde o primeiro momento, esclarecendo todas as dúvidas que surgissem, tanto de como a fisiologia de seu organismo estaria reagindo em todos os momentos, quanto esclarecer todo e qualquer procedimento que era realizado, explicando sempre com antecedência, para aquela mulher não ficar despreparada, conforme se verifica abaixo:

A gente fazia os procedimentos com a maior suavidade possível. Porque a maioria das pacientes que a gente pegava eram completamente despreparadas, que tiveram um pré-natal sem saber o que é que estava acontecendo dentro dela e o que é que iria acontecer. (Margarida)

Dentro dos cuidados humanizados, eu acredito é seja aquilo que a parturiente vivesse melhor esse momento, então, em primeiro momento, eu acredito que seja as orientações, os esclarecimentos, de cada momento que ela estava vivendo, como que

o corpo dela poderia estar reagindo e depois oferecer a ela alguns meios pra que ela pudesse vivenciar aquele momento talvez com maior controle do próprio corpo, com mais controle da própria dor. (Bromélia)

Os cuidados, eu acho que os básicos da obstetrícia, o atendimento, a humanização vem baseado no que a gente vai dizer para ela o que a gente está fazendo, explicar para ela cada procedimento começando lá na admissão até o que vai acontecer, porque eu acho que o grande nó da obstetrícia hoje em dia é as mulheres terem medo do incerto e no que os antecedentes contam para ela, o histórico obstétrico de como aconteceu. (Lírio)

Em uma das falas, a entrevistada relata que as mulheres chegavam à Instituição completamente despreparadas, sem ter as orientações necessárias durante o pré-natal. Assim, as residentes tinham um importante papel de fazer tais orientações durante todo o processo.

A realização de ações educativas, no decorrer de todos os estágios do processo gravídico-puerperal, é muito importante, porém, é no pré-natal que a mulher teria que ser mais bem orientada para que o processo decorra de maneira positiva, tendo, assim, menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.¹⁹

Além disso, em outra entrevista, verificou-se que a residente fala do medo que as mulheres têm do que irá acontecer, por conta do que um dia já foi contado para elas, e assim é necessário dar mais ênfase na importância das orientações durante todo este processo.

Pode-se perceber também que existe a relação entre humanização e cuidados de Enfermagem e cabe a cada profissional fazer com que ela esteja realmente presente na realidade de sua assistência, conforme mostrado a seguir:

Os cuidados de Enfermagem eu acho que engloba tudo isso, não só um exercício de bola, um banho, mas a forma de lidar com o paciente, o atendimento, contato e conhecimento também, porque acho que o cuidado humanizado só vem a partir do momento que a gente tem a ciência e não só o cuidado, então acho que cuidar é muito fácil, a Enfermagem tem que ir além do cuidar, cuidar é uma arte, sim, mas tem que se basear na ciência. (Lírio)

É necessário captar o cuidado no seu mais vasto sentido que é o como ser, como se expressar, como se autorrelacionar, com o outro e com todos. Essas são questões que devem ser discutidas e refletidas entre todos os enfermeiros que procuram aplicar os princípios da humanização.²⁰

Ao analisar os cuidados obtidos da análise de conteúdos das entrevistas, infelizmente, nota-se que estes vêm sendo ofertados, basicamente, no período de pré-parto e parto. Assim, o puerpério ainda continua sendo de quase ninguém, uma vez que foi abordado com assistência apenas em dois momentos: no contato pele a pele e na amamentação, de forma bastante sutil e por poucas residentes.

Assim, para se ter um cuidado humanizado da melhor forma possível, é crucial ter a ciência como base de conhecimentos para a assistência prestada, sendo a Enfermagem uma arte que aplica, de maneira hábil, esses conhecimentos para auxiliar a mulher a ter uma promoção integral em saúde e qualidade de vida.²⁰

♦ **Os métodos não farmacológicos da dor como alternativa de uma assistência de forma mais natural para o conforto das parturientes**

Ao analisar as entrevistas das residentes referentes aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, pode-se perceber que estas conseguiram realizá-los dentro do que lhes era permitido na Instituição. Alguns cuidados elas conseguiram implantar, adquirindo recursos como, por exemplo, a bola suíça, adquirida pela universidade, ou então executavam alguns cuidados de maneira improvisada.

Foi enfatizada, nas falas, a realização dos cuidados com o mínimo de intervenções possível. Esta ação se fortalece ao verificar que os cuidados não farmacológicos têm sido enaltecidos como uma estratégia para substituir o possível uso de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto. Desse modo, a equipe multidisciplinar de saúde deve refletir até que ponto uma intervenção é realmente necessária.¹¹ Alguns apontamentos foram feitos sobre as intervenções realizadas. Estes estão citados a seguir:

O exercício na bola, fazer alguns exercícios com elas, a massagem lombar, o banho de aspersão. A gente conseguiu implementar a bola suíça no hospital porque até então não tinha. O respeito em relação à escolha da posição durante o trabalho de parto, ela deve ser livre pra poder deambular e assumir a posição que ela quiser. (Rosa)

No trabalho de parto, tudo o que é possível dentro da instituição, a deambulação, massagem, o que ela escolhesse, a gente oferecia pra ela, banho de chuveiro da forma como ela quisesse, o tempo que ela quisesse. [...] Isso tudo é de acordo com a vontade delas. [...] A gente fazia a combinação da bola suíça junto com a massagem. (Orquídea)

[...] Outro cuidado que observo é o mínimo de intervenções possíveis. [...] Nós não tínhamos como oferecer todos os métodos não farmacológicos, mas com o que a gente tinha a gente implantava e o que não tínhamos a gente improvisava. Então, a gente usava bola, técnica de massagem, o banho, a música a gente conseguiu colocar também quando algumas aceitavam. (Violeta)

Os cuidados citados pelas entrevistadas foram o exercício na bola suíça, o banho de aspersão, a massagem, a deambulação assistida, a musicoterapia. São citados os benefícios destas utilizações.

A utilização da bola suíça promove a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, o que favorece a participação mais ativa e o relaxamento global da mulher, deixando, assim, o processo de parturição mais tranquilo e servindo de suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro.²²

Quanto ao banho de aspersão, promove o alívio da sensação dolorosa, relaxando e favorecendo o conforto da mulher. Já sobre a massagem lombar, referem que esta é efetiva para auxiliar na redução da intensidade da dor durante o trabalho de parto.²²

Quanto à deambulação, a posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade para possibilitar menos dor durante todas as etapas de parturição. Diminui o tempo, melhora a contratilidade uterina e oferece mais conforto às mulheres, além de assegurar as trocas materno-feto-placentárias por mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal.²³

Sobre a utilização da música como cuidado humanizado, ela desperta os sentimentos de tranquilidade e calma, o que ajuda no relaxamento e no alívio da dor.²⁴

Com esta experiência, pode-se perceber, nas falas, o quão é essencial o respeito pela mulher no processo de parto-nascimento, sempre a deixando livre pra escolher qual método de alívio da dor a faz se sentir segura e confortável ao ser executado, de acordo com sua vontade e no seu tempo.

♦ **Predominância da medicalização do parto: bloqueio na assistência obstétrica humanizada**

Percebeu-se, porém, que, durante a residência na área hospitalar, ainda existe claramente uma cultura intervencionista, a medicalização do parto. Quem faz a preceptoria são as enfermeiras obstetras, porém, a paciente é internada aos cuidados do profissional da medicina e, destes,

evidenciou-se, nas falas, que ainda falta maior integração com as enfermeiras residentes, uma vez que o trabalho deveria ser multiprofissional, com o mesmo foco que é uma assistência humanizada e qualificada. No entanto, o que se percebe é que apenas um médico tem maior proximidade com as residentes e comunga um pouco mais da filosofia da humanização do parto e puerpério, mas, mesmo apesar de ser um grande incentivador e ter oferecido grande apoio ao Programa de Residência, ele ainda mantém práticas medicalizadas e conservadoras:

Na hora do parto, não, na hora do parto ela ainda fica no modo tradicional mesmo. [...] A questão do parto infelizmente sem ser litotômica ainda não, mas o contato com o RN sim. (Rosa)
E com relação ao médico foi tranquilo, a gente teve um apoio muito grande de um obstetra que praticamente abraçou a gente mesmo. (Margarida)

A livre posição é só durante o trabalho de parto, durante o parto a gente não conseguia oferecer diferentes posições pra ela, só durante o trabalho de parto como ela quisesse ficar a gente sempre orientava as melhores posições, mas ficava de escolha dela como ela quisesse ficar. (Orquídea)

Ainda que haja evidências científicas suficientes para que se tenham modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo causa perda de poder, pois a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco, sendo necessário acompanhamento médico. Entretanto, a humanização do processo de parturição é um desafio que o profissional médico necessita superar no sentido de modificar a rotina de assistência aos partos de baixo risco, atuando somente no campo da patologia obstétrica.²⁵

CONCLUSÃO

Pode-se perceber que as residentes, pelos seus cuidados humanizados, foram conquistando aos poucos seu espaço, e isso ocorreu devido aos seus conhecimentos embasados na ciência e colocados em prática quando elas tentavam lutar pela efetividade das políticas de humanização e, desse modo, efetuar uma assistência de qualidade. As residentes conseguiram realizar muitos dos cuidados humanizados preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre eles, a criação do vínculo com a paciente desde o seu

acolhimento, por meio da empatia e do respeito, priorizando sempre sua autonomia, realizando todas as orientações necessárias para que, desse modo, as residentes também conquistassem as mulheres e estas se sentissem seguras e confortáveis.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto que conseguiram realizar foram: o exercício na bola suíça; o banho de aspersão; a massagem; a deambulação assistida; a musicoterapia; também conseguiram a presença do acompanhante; contato pele a pele; clampeamento tardio do cordão umbilical e promover aleitamento materno na primeira hora.

Ao vivenciar a rotina do estabelecimento, percebeu-se que era diferente do que as residentes acreditavam que seria o ideal para a humanização, pois estava dentro dos padrões culturais intervencionistas dos profissionais de saúde. Conclui-se que, apesar de toda a argumentação sobre a humanização, a predominância da medicalização do parto foi evidente, impedindo a integralidade da assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. J Res Fundam Care Online [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 22];5(4):743-54. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_960
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001 [cited 2015 June 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. [cited 17 June 2015]. Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf
3. Silva AS, Cunha ICKO, Okasaki ELJ. Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. Rev Enferm UNISA [Internet]. 2001 [cited 2014 Feb 20];2(1):18-21. Available from: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-04.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. Genebra (GE): Organização

- Mundial da Saúde; 1996 [cited 2015 Mar 09]. Available from: <http://www.abcdoparto.com.br/assistencia.php>
5. Velasque EAG, Pradebon VM, Cabral FB. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 01];1(1):80-7. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1991/1514>
6. Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 01];63(3):464-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf>
7. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug. 02];10(1):169-75. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8533>
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [cited 2015 July 13];2(3):523-9. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/3365/pdf>
10. Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare enferm [internet]. 2008 [cited 2015 May 24];13(4):585-90. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/arti cle/view/13120/887>
11. Brasil. Lei nº 11.108, 7 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2005 Apr 8 [cited 2015 Apr 10]. Available from: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/42/2005/11108.htm>
12. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010 [cited 2015 Apr 11];9(1):1-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2014 mai. 8; Secção 1. p 50-84 [cited 2015 Apr 25] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sa/2014/prt0371_07_05_2014.html
14. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited Mar 03];63(6):998-1004. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>
15. Venancio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2015 June 06];24(2):323-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400017&script=sci_arttext
16. Ministério da Saúde (BR). Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implementação [Internet]. Brasília (DF), 2008. [cited 2015 June 06];78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf
17. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2015 June 07];45(1):69-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000100008&script=sci_arttet
18. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [cited 2015 May 10];12(2):477-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024
19. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [cited 2015

Sept 12];15(4):686-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400005

20. Oliveira LMN, Cruz AGC. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. Rev Bras Ciência Saúde [Internet]. 2014 [cited 2015 May 07];18(2):175-80. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16698>

21. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. Rev Elet Enferm [Internet]. 2008 [cited 2011 Dec 12];10(3):600-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>

22. Mamede VM, Almeida AM, Clapis MJ. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. Acta Scient [Internet]. 2004 [cited 2015 May 09];26(2):295-302. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1580/932>

23. Tabarro CS, Campos LB, Galli NO, Novo NF, Pereira VM. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 May 09];44(2):445-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/29>

24. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2015 Oct. 20];10(3):669-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>

Submissão: 07/12/2015

Aceito: 03/04/2017

Publicado: 01/05/2017

Correspondência

Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia
Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
Escola de Enfermagem
Rua Prof. Hélio Lourenço, 3900
Bairro Vila Monte Alegre
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto (SP), Brasil