VISÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A NÃO UTILIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO¹

Joana Moreira Oreano*
Odaléa Maria Brüggemann**
Manuela Beatriz Velho***
Marisa Monticelli****

RESUMO

Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, derivada de um projeto mais amplo desenvolvido em uma maternidade-escola, cujo objetivo foi identificar quais são os motivos alegados pelas puérperas para a não utilização de boas práticas no trabalho de parto/parto. Foram entrevistadas 310 puérperas de outubro de 2008 a dezembro de 2009, das quais 26 não tiveram acompanhante no trabalho de parto, 40 no parto e 22 no pós-parto; 156 não receberam alimentação, 62 não deambularam no trabalho de parto e 27 não tiveram contato imediato com o recém-nascido. Os relatos acerca dessas práticas foram organizados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Constatou-se que as mulheres ou não quiseram acompanhante ou ele não estava disponível; não receberam alimentação, porque os profissionais não ofereceram ou porque tinham indicação de cesariana; não deambularam por não desejarem ou por indicação obstétrica; e não tiveram contato imediato com o recém-nascido devido a alguma intercorrência clínica, porque não quiseram ou os profissionais não propiciaram tal encontro. Conclui-se que a não utilização de algumas das boas práticas obstétricas está relacionada em grande parte com a atitude dos profissionais, mas em algumas situações a decisão da mulher.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Parto humanizado. Avaliação de serviços de saúde. Enfermagem obstétrica.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 40, com a intensificação da institucionalização do parto, esse processo, que era privativo e familiar, passou a ser vivenciado sob a batuta dos profissionais do hospital. A mulher deixou de ser a protagonista, sendo submetida a normas e intervenções aparentemente seguras e, muitas vezes, sem o seu consentimento⁽¹⁾.

Em 1985, foi realizada a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, em Fortaleza-CE. Esse encontro teve como resultado um relatório denominado “Carta de Fortaleza”, onde consta a recomendação de algumas práticas obstétricas que devem ser implementadas, a fim de garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e de seu recém-nascido (RN), como a liberdade de a mulher escolher a melhor posição a fim de parir e a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Por outro lado, também recomenda a abolição de outras técnicas consideradas prejudiciais como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do parto⁽²⁾.

No Brasil, a assistência obstétrica tem sido caracterizada pelo excesso de intervenções no parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal⁽¹⁾. De forma geral, a implementação dessas intervenções é questionável quanto à necessidade e eficácia. Preocupada com essa realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, recomendações para a atenção ao parto normal, distribuindo-as em quatro categorias: A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes; e D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado⁽³⁾.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2012.

* Enfermeira graduada pela UFSC. E-mail: joanaoreano@gmail.com

** Enfermeira obstétrica. Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Pesquisadora do CNPq. E-mail: odalea.ufsc@gmail.com

*** Enfermeira Obstétrica. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. E-mail: manuelavelho@hotmail.com

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

As evidências disponíveis para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto apontam que procedimentos como jejum, tricotomia e enteróclise devem ser evitados, uma vez que não existe fundamentação para sua utilização, assim como o manejo ativo do trabalho de parto com ocitocina e amniotomia de rotina. Já as práticas classificadas pela OMS na categoria A, como deambulação, massagens e a presença do acompanhante de escolha da parturiente, devem ser inseridas na assistência ao parto⁽⁴⁾.

Essas práticas obstétricas têm sido avaliadas em revisões sistemáticas desde 1979, quando foi criado um Comitê Europeu, que tinha como objetivo estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. O movimento pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem uma proposta assistencial e pedagógica que procura completar a lacuna entre a pesquisa e a prática correta, por meio da busca de evidências que embasam as condutas e procedimentos. Na medicina perinatal, a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados foi publicada em 1989⁽⁵⁾.

As práticas recomendadas pela OMS e as amparadas pelas evidências científicas têm sido, de maneira geral, nominadas como boas práticas para a assistência ao parto. Mesmo assim, com todas as evidências científicas apoiando a implementação dessas práticas nas instituições de saúde, algumas ainda não são utilizadas⁽⁶⁾.

A maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ativada em 1995, possui uma filosofia que norteia a assistência prestada desde a sua ativação, apoiada em 12 princípios, pautados na humanização da assistência e na interdisciplinaridade. A instituição estabeleceu que as ações obstétricas e neonatais desenvolvidas devem respeitar as recomendações da OMS e os fundamentos das evidências científicas na área da saúde⁽⁷⁾.

Um grupo multiprofissional ligado à Direção Geral da instituição, formado para assegurar a implementação de tais princípios, sentiu a necessidade de avaliar como eles estão sendo aplicados na prática assistencial, sob a ótica das usuárias. Os resultados de alguns estudos até agora realizados identificaram que, de maneira

geral, as condutas obstétricas condizentes com as evidências científicas e as recomendações da OMS vêm sendo utilizadas durante o transcorrer do trabalho de parto, entretanto algumas usuárias são submetidas à restrição alimentar e ao repouso no leito, privadas do contato imediato com o RN e sem apoio de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto⁽⁷⁾.

A partir desses resultados, surgiu a inquietação de identificar porque algumas parturientes nessa maternidade foram privadas de assistência com práticas recomendadas pelas evidências científicas durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de boas práticas obstétricas. Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das puérperas.

Este estudo poderá contribuir para que sejam revisadas algumas rotinas e condutas relacionadas com a assistência na maternidade estudada e também fomentar a reflexão de profissionais de saúde, de outras instituições, que estejam envolvidos na atenção ao parto e nascimento, com vistas a serem adotadas estratégias para que todas as mulheres possam usufruir dos benefícios das boas práticas obstétricas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, operacionalizado utilizando-se uma parte da matriz de dados de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “A Filosofia da Maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos”, e cujo objetivo geral foi avaliar a implementação da filosofia da referida maternidade, sob a ótica dos profissionais, dos acadêmicos e dos usuários (puérperas e acompanhantes). Tal macroprojeto foi desenvolvido nas dependências da Maternidade do HU/UFSC, e os dados foram coletados de outubro de 2008 a janeiro de 2010.

Em uma das etapas do macroprojeto, quando se buscou avaliar a filosofia da maternidade na visão dos usuários (acompanhantes e puérperas), foram entrevistadas 310 puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto. O tamanho da amostra foi calculado com

base na realização de 1.600 partos anuais realizados no HU. Estimou-se a satisfação com o atendimento recebido em 50%, intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%⁽⁷⁾. Foram incluídas as puérperas que tiveram parto vaginal ou cesariana, excluídas as submetidas à cesariana eletiva, ou cujo feto ou RN foram a óbito. A coleta de dados desta etapa ocorreu entre outubro de 2008 a dezembro de 2009, e se deu por meio de entrevista, em que as puérperas responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas possibilitaram às puérperas expressarem sua opinião acerca do atendimento recebido, inclusive sobre aspectos assistenciais relacionados com a implementação das boas práticas durante o trabalho de parto/parto.

Os dados selecionados para análise no presente estudo são relativos as 310 participantes do macroprojeto, uma vez que todas relataram que não foram submetidas a pelo menos uma boa prática durante o trabalho de parto/parto, ou seja, não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); foram submetidas à restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante trabalho de parto (156); não deambularam ou não se movimentaram durante o trabalho de parto (62); e não tiveram contato imediato com o RN (27)⁽⁷⁾. Estas respostas, por sua vez, foram dispostas em categorias analíticas que permitiram o alcance do objetivo deste recorte de pesquisa, vale dizer, identificar os motivos para a não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das puérperas.

Para organizar os dados, optou-se pela análise de conteúdo⁸, que implica a priorização dos significados, levando a uma análise temática. A operacionalização abrangeu pré-análise, com organização do material; exploração do material ou codificação; além de tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽⁸⁾. A interpretação esteve ancorada na literatura científica relacionada com a área do conhecimento e no teor das políticas públicas referentes à temática abordada no estudo. Para garantir o anonimato das participantes, na apresentação e discussão dos resultados, optou-se pelo uso de nomes de flores.

O projeto de pesquisa que originou o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da UFSC, protocolo n° 263/07. Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estiveram de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total das puérperas que participaram do estudo (310), a mediana da idade foi de 25 anos (14–43 anos), a maioria casada ou em união consensual (84,9%), branca (75,2%) e católica (66,4%). Quanto à escolaridade, 41,6% haviam concluído o ensino fundamental e 37,0%, o médio. Com relação às características obstétricas, 51,3% eram primíparas, e 48,7%, multíparas; 70,3% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal; 67,4% tiveram parto vaginal e 32,6% foram submetidas à cesariana⁽⁷⁾.

A seguir serão apresentadas as categorias relacionadas com a não utilização das boas práticas.

CATEGORIA 1 - AUSÊNCIA DE ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Nessa categoria temática, os motivos relatados pelas mulheres para não terem tido acompanhantes foram diversos. A maioria delas referiu que “*não deu tempo*” de o acompanhante escolhido chegar à maternidade antes do nascimento. Esse fato revela a necessidade de que a mulher escolha o seu acompanhante de parto durante a gestação, e ele seja o responsável em levá-la para a maternidade. Caso isto não seja possível, é fundamental que ele seja contatado assim que ela se interne.

Meu marido tinha ido embora, pois foi de surpresa (Camélia).

Outras não o tiveram, por escolha própria, ou seja, preferiram ficar sozinhas. Apesar de ser considerada uma prática benéfica, além de se revestir num pré-requisito que caracteriza a assistência humanizada na atenção ao parto⁽⁹⁾, a vontade da parturiente em ser acompanhada ou não deve ser resguardada, assim como a escolha de quem a acompanhará. Para que sejam garantidos os direitos de cidadania, a parturiente

deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o atendimento.

Em algumas situações, os motivos foram relacionados com o próprio acompanhante. Para a maioria, o acompanhante escolhido não quis entrar na sala de parto, por medo ou cansaço, embora também houvesse casos em que o acompanhante não podia ficar na maternidade, pois tinha de ir para casa cuidar dos outros filhos.

Meu acompanhante ficou com medo (Orquídea).

A rotina institucional também parece ter interferido um pouco na participação inicial do acompanhante nas dependências da maternidade, uma vez que uma das puérperas participantes do estudo referiu que o marido fora orientado a dar entrada nos procedimentos burocráticos para a internação, e, quando retornou ao centro obstétrico, o parto já havia ocorrido. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde que atuam na admissão obstétrica estejam atentos para o estágio do trabalho de parto que a mulher se encontra, a fim de evitar que fatos semelhantes, ainda que não frequentes, venham a ocorrer. Além disso, as instituições hospitalares devem oferecer espaço físico adequado e preparar os profissionais para a presença do acompanhante, favorecendo uma melhor interação entre ele e a família da usuária. O pensamento unânime dos profissionais é importante, já que os receios e a falta de convicção podem interferir negativamente no processo de inserção do acompanhante⁽¹⁰⁾, mesmo que a instituição adote a Lei do acompanhante e lhe obedeça⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em adição, com relação ao espaço físico, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, editada em 2008, prevê que as instituições de saúde devam ter espaços destinados aos acompanhantes, como uma poltrona removível junto à parturiente, uma sala de estar e/ou reuniões, além de sanitários masculino e feminino para acompanhantes, visitantes e familiares⁽¹¹⁾.

Os achados demonstram que a instituição em que o estudo foi desenvolvido não cerceia o direito da mulher em ter um acompanhante, uma vez que os motivos foram mais relacionados com problemas de ordem pessoal da parturiente e do acompanhante. Pode-se inferir que a Lei n.

11.108 de 2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, que passou a obrigar os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽¹²⁾, está sendo respeitada e cumprida. Vale lembrar que a maternidade do HU/UFSC permite e estimula essa boa prática obstétrica desde a sua ativação, em 1995.

CATEGORIA 2 - RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS OU LÍQUIDOS NO CENTRO OBSTÉTRICO

Nessa segunda categoria temática, as respostas das mulheres também foram diversas. As que foram submetidas à cesariana ou as que tinham a possibilidade de serem submetidas a esse procedimento alegaram não ter-se alimentado ou ingerido líquido, devido ao jejum para a cirurgia.

Acho que não ofereceram por causa da cesárea (Margarida).

Não sabiam se ia ser cesárea ou não (Rosa).

Explicaram que caso fosse necessário fazer cesárea, não poderia estar com estômago cheio (Gérbera).

O jejum durante o trabalho de parto era recomendado em face da preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, no caso de uma cesariana de emergência com a utilização de anestesia geral. No entanto, atualmente, sabe-se que o uso da anestesia geral durante o trabalho de parto é muito rara⁽⁵⁾.

Segundo revisão sistemática publicada na Biblioteca *Cochrane*, não existem evidências suficientes para que o jejum seja imposto às mulheres em trabalho de parto, mesmo as que possuem risco de complicações⁽¹³⁾.

Algumas das mulheres relataram que não sabiam o motivo da restrição de alimentos sólidos ou líquidos, outras não receberam informações dos profissionais sobre a dieta, ou a única coisa que lhes foi dita era que “não podia” alimentar-se, sem oferecer mais explicações sobre o motivo de tal restrição.

Acho que não pode, não sei (Violeta).

Não falaram o porquê (Girassol).

Só falaram que não podia comer (Crisântemo).

Só falaram que não podia comer; só tomar água (Petúnia).

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo mostrou resultados semelhantes, uma vez que muitas parturientes não possuíam conhecimento a respeito da restrição de alimentos sólidos ou líquidos; elas não entenderam os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais, por sua vez, não deram explicações⁽⁶⁾.

Algumas mulheres referiram que os profissionais não ofereceram ou não quiseram dar a dieta quando elas solicitaram, o que mostra que houve vontade da mulher em se alimentar durante o período, mas foi cerceada pelos profissionais.

Eu que pedi; não sei porque não ofereceram (Flor de Liz).

Não falaram o porquê. Apenas foi dito que após sete cm de dilatação não podia tomar água (Begônia).

Também houve mulheres que não se alimentaram ou ingeriram líquidos, porque não tiveram vontade, e ainda, algumas não o fizeram, para evitar vômitos durante o trabalho de parto, seja por orientação dos profissionais ou medo de que o mal-estar ocorresse.

Não quis (Azálea).

Me disseram que se eu tomasse eu poderia vomitar (Copo de Leite).

Evitar de não vomitar (Dália).

Em outro estudo sobre a experiência e a percepção das parturientes em relação à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, as entrevistadas que não quiseram se alimentar também temiam que acontecesse algum problema durante o trabalho de parto, como passar mal e vomitar, já que no parto anterior, isso havia ocorrido⁽⁶⁾.

As mulheres que tiveram uma evolução rápida do trabalho de parto relataram que não houve tempo para se alimentarem. Nesses casos, não foi oferecida alimentação ainda no centro obstétrico.

Foi tudo muito rápido e já estava perto do bebê nascer (Camélia).

Tinha acabado de chegar e já tive bebê logo (Jasmim).

A partir dos depoimentos de grande parte das mulheres, pode-se perceber que a restrição alimentar ainda é uma prática utilizada, apesar das evidências científicas não indicarem prejuízos associados à oferta de alimentos sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, para as mulheres com baixo risco de complicação. As mulheres devem ter a autonomia e a liberdade de escolher se querem ou não comer ou beber durante o trabalho de parto⁽¹³⁾.

Os resultados deste estudo apontam que alguns profissionais apoiam suas práticas no modelo tecnocrático de assistência, em que o parto é visto como um evento patológico e pode, a qualquer momento, precisar de intervenção cirúrgica, necessitando assim de um tempo de jejum mínimo, para que não ocorra risco de aspiração do conteúdo gástrico sob uma anestesia geral.

CATEGORIA 3 - NÃO DEAMBULAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Algumas mulheres, ao serem questionadas sobre as justificativas de não terem deambulado e/ou se movimentado durante o trabalho de parto, referiram que não quiseram e a dor as impediu, apesar de terem recebido orientações sobre os benefícios da prática.

Estava com muita dor e não queria me mexer muito (Lavanda).

Fui orientada, mas não usei (Magnólia).

Sabe-se que a deambulação ou qualquer atividade que a parturiente realize proporciona o alívio da percepção dolorosa e acelera o trabalho de parto. Estudo sobre a percepção das mulheres a respeito dessa prática mostra que as que as utilizaram consideraram que foi melhor deambular do que permanecer deitada, uma vez que a atividade ajudou a suportar e aliviar as dores do parto⁽⁶⁾.

Em uma revisão de literatura sobre as práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas, indicadas pela OMS⁽³⁾, a posição vertical foi usada e preferida pelas parturientes,

por possibilitar a redução da dor durante o trabalho de parto e parto, diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto, melhorar a contratilidade uterina e proporcionar mais conforto⁽¹⁴⁾.

Além das mulheres que não deambularam ou não se movimentaram devido à dor, também houve aquelas que não realizaram essas práticas por terem uma percepção desfavorável quanto à postura ativa durante o trabalho de parto, referindo não gostarem dos métodos, como a bola e o “cavalinho”, utilizados para facilitar a movimentação durante este período.

O cavalinho é um pouco desconfortável (Perpétua).

Não gostei da bola, estava com muita dor e fiquei pouco (Lótus).

O uso da bola e do cavalinho estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico, por sua característica de objeto lúdico, traz benefícios, além de ter baixo custo financeiro⁽¹⁵⁾. Entretanto os achados desse estudo mostram que nem todas as mulheres se sentem confortáveis e desejam utilizar tais dispositivos. Diante disso, os profissionais devem respeitar a decisão da mulher e oferecer outros recursos.

A indicação de cesárea, a indução do trabalho de parto por sonda e a contra-indicação por patologia obstétrica foram motivos relatados pelas mulheres para não terem deambulado e feito movimento durante o trabalho de parto. Sabe-se, no entanto, que em algumas situações obstétricas, é necessário que a parturiente permaneça em repouso relativo ou absoluto.

Em alguns casos, as mulheres referiram que “não deu tempo”, pois internaram em período expulsivo ou próximo a ele. Essa condição de internação realmente pode impossibilitar que a mulher seja orientada a deambular ou movimentar-se, especialmente nas instituições em que o trabalho de parto é acompanhado em local diferente de onde ocorre o parto, como na maternidade em estudo.

As instituições de saúde, que possuem salas ou quartos em sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), no qual a mulher permanece todas as fases clínicas do parto no mesmo ambiente, possibilitam que a mulher deambule e mude de posição até o momento do período expulsivo.

Esses locais devem ser desenvolvidos de forma que atenda as ações preconizadas pela RDC n. 36, como o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor e a escolha das diversas posições no trabalho de parto^(11,16).

Chama atenção que parte das entrevistadas disse que não precisou deambular, pois já estava em trabalho de parto ou porque estava com dilatação e bolsa rota. Esses motivos não justificam a não utilização dessa prática. No entanto, os dados não permitem afirmar se foram os profissionais que orientaram ou se foi devido à própria compreensão delas sobre o processo vivenciado.

Não precisou, pois já estava em trabalho de parto (Gerânio).

Não precisou, já cheguei com dilatação e bolsa rota (Mimosa).

A partir dos resultados, podemos notar que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto não foi por falta de informação ou estímulo dos profissionais que assistem a mulher, mas sim por questões pessoais, como a vontade de não realizar a prática, ou o desconforto associado à realização da atividade.

CATEGORIA 4 - AUSÊNCIA DO CONTATO IMEDIATO COM O RECÉM-NASCIDO

Quando questionadas porque não interagiram com o bebê logo após o parto, algumas mulheres responderam que o contato só aconteceu após o RN ter sido avaliado pelo profissional ou após os cuidados de rotina; outras apenas viram o RN, porém sem tocá-lo. Essas respostas sugerem que não foi priorizado o contato pele a pele imediato com a criança, mas sim a realização de cuidados a ela ainda na sala de parto.

Só depois do banho na sala de recuperação que vi o bebê e peguei pela primeira vez (Lírio).

Primeiro fizeram os procedimentos, só mostraram [o RN] um pouquinho (Narciso).

Apenas vi, porque a sala estava fria, e levaram a criança para uma sala mais aquecida (Brinco-de-princesa).

A atitude dos profissionais de saúde em não assegurar o contato pele a pele logo após o

nascimento também foi observada em outra pesquisa realizada na maternidade em estudo. Os resultados mostraram que, algumas vezes, os profissionais removiam o RN para outro ambiente, separando-o do binômio mãe-filho, no momento em que as primeiras interações entre eles estavam sendo concretizadas, com o objetivo de realizar procedimentos imediatos ao bebê. Essa separação pode prejudicar o início do apego e deixar escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo⁽¹⁷⁾.

Essa postura não é compreensível, uma vez que para a OMS⁽³⁾ um dos cuidados imediatos do RN é o contato pele a pele imediato com a sua mãe. Imediatamente após o nascimento, ele deve ser seco e colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Esse contato pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa, especialmente nas salas de parto frias. Além disso, ele entra em contato com a flora cutânea da mãe e evita que seja colonizado por bactérias dos profissionais de saúde⁽⁵⁾. Esse primeiro contato imediato é marcante para a mulher, pois se trata de uma experiência nova e gratificante que influencia positivamente na trajetória e no sucesso da amamentação⁽¹⁸⁾.

Outros motivos para o impedimento do contato precoce foram as intercorrências com o RN no nascimento, a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ou mesmo as intercorrências maternas no parto. Nessas situações, a preservação do bem-estar do neonato e da mãe é prioritária e, muitas vezes, requer a separação imediata do binômio.

Era prematuro e tava com o cordão enrolado no pescoço (Cravo).

Nasceu bem roxo, estava enroscado no cordão (Açucena).

Tive complicação pós-parto (Lisianto).

Eu não quis ficar com o bebê, estava muito cansada (Gerânio).

O bebê não ficou comigo logo que nasceu porque não queria (Lótus).

A opção materna em não ter contato precoce com o RN também foi um dos motivos relatados. Dessa forma, apesar de todos os efeitos positivos dessa prática, apontados pelas evidências científicas, seja na duração da amamentação, na

manutenção da temperatura do RN, na sua glicemia, ou na redução do choro⁽¹⁹⁾, deve-se respeitar a escolha da mulher após o fornecimento das informações sobre esses benefícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não utilização das boas práticas obstétricas na atenção ao parto, em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, esteve relacionada tanto com as atitudes profissionais, quanto com a decisão da mulher e indisponibilidade de seu acompanhante.

A restrição de alimentos e a privação do contato imediato com o RN estiveram diretamente ligadas com a atitude profissional, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica ou por priorizarem a realização dos cuidados de rotina com o RN, que poderiam ser postergados.

No entanto motivos de cunho pessoal, da própria parturiente, também impossibilitaram a implementação de boas práticas, como a presença do acompanhante e a movimentação e deambulação durante o trabalho de parto. A indisponibilidade do acompanhante e a vontade em não tê-lo presente foram as principais justificativas apresentadas pelas mulheres. Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não desejarem ou não se sentirem confortáveis.

Os achados desta pesquisa permitem concluir que algumas boas práticas ainda não são utilizadas na maternidade em estudo. A restrição de alimentos sólidos ou líquidos e a restrição do contato imediato com o RN são práticas inadequadas, que devem ser revisadas e repensadas junto à equipe profissional, uma vez que não estão congruentes com os princípios filosóficos que norteiam a assistência prestada na maternidade e com as atuais evidências científicas. Além disso, reafirma a necessidade de que a decisão da mulher sobre a não adoção de algumas boas práticas deve ser respeitada

pelos profissionais de saúde, desde que não interferiram negativamente no bem-estar da parturiente, do feto e do RN.

VISION OF RECENT MOTHERS ABOUT THE NON-UTILIZATION OF GOOD PRACTICE IN ATTENTION TO CHILDBIRTH

ABSTRACT

Exploratory-descriptive, qualitative research, derived from a wider project developed in a maternity-school, whose goal was to identify what are the alleged reasons for recent mothers for not using good practices in the labor/childbirth. 310 recent mothers were interviewed from October 2008 to December 2009, of which 26 had no follow-up in labor, 40 in childbirth and 22 post-labor; 156 did not receive food, 62 did not walk around in labor and 27 did not have immediate contact with the newborn. The reports about these practices were organized using the technique of content analysis of Bardin. It was noted that women did not want escort or he was not available; did not receive food, because the professionals not offered or because they had indication of caesarean; they did not walk around not wishing or obstetric indication; and did not have immediate contact with the newborn due to any clinic complication, because they did not want to or professionals did not provided such meeting. It is concluded that the non-utilization of some obstetric practices is related in large part with the professionals attitude, but in some situations the woman decision.

Keywords: Labor. Humanized childbirth. Evaluation of health services. Obstetric nursing.

VISIÓN DE LAS PARTURIENTAS ACERCA DE LA NO UTILIZACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO

RESUMEN

Investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa, derivada de un proyecto más amplio desarrollado en una maternidad-escuela, cuyo objetivo fue identificar cuáles son los motivos alegados por las puérperas para la no utilización de las buenas prácticas en el trabajo de parto/parto. Fueron entrevistadas 310 puérperas de octubre de 2008 a diciembre de 2009, de las cuales 26 no tuvieron acompañante en el trabajo de parto, 40 en el parto y 22 en el postparto; 156 no recibieron alimentación, 62 no deambularon en el trabajo de parto y 27 no tuvieron contacto inmediato con el recién nacido. Los relatos sobre estas prácticas fueron organizados utilizándose la técnica de análisis de contenido de Bardin. Se constató que las mujeres o no quisieron acompañante o él no estaba disponible; no recibieron alimentación, porque los profesionales no ofrecieron o porque tenían indicación de cesárea; no deambularon por no desearlo o por indicación obstétrica; y no tuvieron contacto inmediato con el recién nacido debido a algún inconveniente clínico, porque no quisieron o porque los profesionales no proporcionaron tal encuentro. Se concluye que la no utilización de algunas de las buenas prácticas obstétricas está relacionada en gran parte con la actitud de los profesionales, pero en algunas situaciones con la decisión de la mujer.

Palabras clave: Trabajo de parto. Parto humanizado. Evaluación de servicios de salud. Enfermería obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Moura FMJS, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev bras enferm.* 2007 jul-ago; 60(4):452-55.
2. World Health Organization. *Appropriate Technology for Birth.* *The Lancet.* 1985 ago; 24:436-37.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: guia prático.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
4. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina.* 2010 out; 38(10):527-37.
5. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Cad saúde pública.* 2005 set-out; 21(5):1316-27.
6. Wei CY, Gualda DMR, Santos Junior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto & contexto enferm.* 2011 out-dez; 20(4):717-25.
7. Brüggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski M. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto & contexto enferm.* 2011 out-dez; 20(4):658-68.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 5a. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP.* 2012 fev; 46(1):30-7.
10. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery.* 2013 jul-set; 17(3):432-8.

11. Resolução-RDC no36 de 03 de junho de 2008 (BR). Dispões sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União. 2008 jun 3. [citado 2012 out 15]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13840
12. Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005 (BR). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as 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. 08 abr 2005. [citado 2012 out 15]. Disponível em: <http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
13. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; no. 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.
14. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch, MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. Rev bras saude mater infant. 2009 out-set; 9(4):393-8.
15. Silva LM, Oliveira SMJV; Silva FMB; Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5):656-62.
16. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. Cienc cuid saude. 2011 jul-set; 10(3):541-48.
17. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Esc Anna Nery. 2010 jan-mar; 14(1):105-12.
18. Barbosa V, Orlandi FZ, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. Cienc cuid saude. 2010 abr-jun; 9(2):366-73.
19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; no. 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Endereço para correspondência: Joana Moreira Oreano. Rua Leopoldo Malheiro, 15, Apto 107. Centro. CEP. 89251-490. Jaraguá do Sul, Santa Catarina, Brasil.

Data de recebimento: 17/10/2012

Data de aprovação: 27/11/2013