

## Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas\*

Care practices in normal birth: the experience of primiparous women

Prácticas de atención en el parto normal: la experiencia de las primíparas

Juliane Scarton<sup>1</sup>; Lúcia Beatriz Ressel<sup>2</sup>; Hedi Crecencia Heckler Siqueira<sup>3</sup>; Rosiane Filipin Rangel<sup>4</sup>;  
Fernando Tolfo<sup>5</sup>; Juliana Marques Weykamp<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Scarton J, Ressel LB, Siqueira HCH, et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. Rev Fund Care Online. 2018 jan/mar; 10(1):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.17-24>

### ABSTRACT

**Objective:** To know the care practices developed by nursing professionals during the birth process from the perspective of primiparous women. **Method:** A descriptive and exploratory study with a qualitative approach, developed with ten primiparous women in the months of February to April 2014. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Minayo's operative proposal. This study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, under CAEE 26452313.8.0000.5346. **Results:** Were structured into three categories from the World Health Organization Practical Guide with recommendations for safe practices in normal birth. **Conclusion:** It is considered the need to rethink and reformulate institutional care practices that are in disuse and investment in continued education and in the practice of care that contributes to the physiological evolution of childbirth.

**Descriptors:** Women's Health, Obstetric Labor, Parturition, Nursing.

\* Artigo derivado da Dissertação de Mestrado intitulada: "Vivências de mulheres primíparas nas práticas de cuidado ao parto vaginal" apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENf/ UFSM), em 27 de fevereiro de 2015

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENf/FURG). Especialista em Enfermagem em Cuidado pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). Rio Grande-RS. Brasil. E-mail: juliscarton10@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Santa Maria-RS. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa GEES/CNPq. Professora Emérita da FURG. Rio Grande-RS. Brasil. E-mail: hedihs@terra.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pelo (PPGENf/FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa GEES/CNPq. Rio Grande-RS. Brasil. E-mail: rosianerangel@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Doutorando em enfermagem pelo (PPGENf/FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa GEES/CNPq. Rio Grande-RS. Brasil. E-mail: fernandotolfo@gmail.com.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pelo (PPGENf/FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa GEES/CNPq. Rio Grande-RS. Brasil. E-mail: juweykamp@hotmail.com.

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo na perspectiva de mulheres primíparas. **Método:** Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com dez mulheres primíparas, nos meses de fevereiro a abril de 2014. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela proposta operativa de Minayo. Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob CAEE 26452313.8.0000.5346. **Resultados:** Foram estruturados em três categorias a partir do Guia Prático da Organização Mundial da Saúde com recomendações de práticas seguras no parto normal. **Conclusão:** Considera-se a necessidade de repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e investir na educação continuada e na prática de cuidados que contribuem para evolução fisiológica do parto.

**Descritores:** Saúde da Mulher, Trabalho de Parto, Parto, Enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las prácticas de atención desarrolladas por profesionales de enfermería durante el proceso del parto por la perspectiva de las mujeres primíparas. **Método:** Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo, desarrollado con diez mujeres primíparas en los meses de febrero a abril de 2014. Los datos fueron recolectados través de entrevistas semiestructuradas y analizados con la propuesta operativa de Minayo. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa María, CAEE 26452313.8.0000.5346. **Resultados:** Se estructuran en tres categorías de la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud con recomendaciones para las prácticas seguras en el parto normal. **Conclusión:** Se considera la necesidad de repensar y reformular las prácticas de cuidados institucionales que están en desuso y que se invierta en la educación continua y las prácticas de la atención que contribuyen a la evolución fisiológica del parto.

**Descriptores:** Salud de la Mujer, Trabajo de Parto, Parto, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são configurados como processos naturais<sup>1</sup> em que a história do parto acompanha a própria humanidade, esse é considerado uma atividade feminina, tradicionalmente realizado por parteiras no ambiente domiciliar.<sup>2</sup> Assim, antes do século XVI e durante muitos anos, o nascimento foi considerado um evento feminino, no qual a mulher participava ativamente desse processo.<sup>3</sup>

Contudo, a partir do século XVII esta tendência mudou devido à incorporação de cirurgões na assistência ao parto. Logo, o cuidado prestado à mulher e à família sofreu mudanças significativas, especialmente desde o final do século XIX, momento em que a ciência biomédica começou a tratar o processo de nascimento de modo semelhante ao de doença, exigindo cuidados médicos, o que resulta na institucionalização do parto.<sup>4-5</sup>

Embora a evolução técnico-científica e a institucionalização do parto tenham diminuído situações de riscos, ela também garantiu espaço para realização de práticas “desumanizadas”. Com isso, a mulher passou a parir em ambiente hospitalar com auxílio de desconhecidos, nem sempre acolhe-

dores.<sup>6</sup> Desse modo, historicamente, a mulher foi adotando uma postura passiva, apática e temerosa em relação ao parto, pois este passou a ser considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo a mulher do seu papel de protagonista.<sup>3</sup>

Diante desse contexto, surge no Brasil, no século XXI, um movimento de humanização do parto, com vistas a priorizar o uso de tecnologias apropriadas e comprovadamente benéficas para o binômio mãe/bebê. Destaca-se, nesta direção, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, que tem como enfoque principal a mulher e o resgate da dignidade humana e autonomia durante o processo parturitivo, buscando consolidar a transformação da atenção oferecida, baseada no cuidado humanizado.<sup>7</sup>

Também, surge a Rede Cegonha que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, a qual vem sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. Este programa aponta ações direcionadas à assistência humanizada, no parto e no nascimento, centradas no bem-estar da mulher e demais pessoas envolvidas nesse processo.<sup>8</sup>

Dentre as ações, evidencia-se a criação do guia prático elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com recomendações de práticas seguras no parto normal.<sup>9</sup> Cabe ressaltar também, a Lei nº 7.498/86 e o Decreto-Lei nº 94.406/87 do exercício profissional que estabelece a realização do parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra, reconhecendo o cuidado prestado por esta categoria profissional no contexto de humanização do parto. O Conselho Federal de Enfermagem traz ainda que ao enfermeiro compete à assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puerpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução e a assistência obstétrica em situação de emergência.<sup>10</sup>

Neste ínterim, entende-se que os profissionais de saúde, especialmente de enfermagem, devem proporcionar às mulheres um ambiente propício para que elas vivenciem ativamente o processo parturitivo. Para tanto é necessário a realização de tecnologias relacionais interativas, as quais conduzem as relações humanas, o vínculo e o acolhimento, que vão ao encontro do usuário nas suas necessidades de cuidado.<sup>11</sup>

Assim, considera-se relevante discutir sobre práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de enfermagem na assistência ao parto normal, sendo essa caracterizada como posições diante do desenvolvimento e da realidade social. Ou seja, maneiras de cuidado que visam aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana para prestar atenção ao indivíduo em sua complexidade biopsicossocial.<sup>12</sup>

Desse modo, tem-se como questão norteadora do estudo: Quais as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo de mulheres primíparas? E como objetivo: Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo na perspectiva de mulheres primíparas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório<sup>13</sup> com abordagem qualitativa, realizado na unidade da maternidade de uma instituição hospitalar localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul o qual teve como participantes dez mulheres primíparas. Em relação ao número de participantes foi observado o método da saturação dos dados atingido ao alcançar o objetivo proposto no estudo.<sup>13</sup>

Os critérios de inclusão compreenderam mulheres primíparas que realizaram parto normal no cenário de estudo, submetidas ao parto com idade gestacional equivalente ao termo (37 a 42 semanas) e com recém-nascidos vivos; que estivessem internadas na maternidade no período da coleta de dados e que apresentassem condições psíquico-cognitivas preservadas.

Os critérios de exclusão foram puérperas múltiplas, puérperas primíparas que tiveram o parto em outra instituição ou domiciliar, bem como, aquelas cujos partos resultaram em recém-nascido natimorto ou neomorto e, participantes que se recusaram a gravar suas entrevistas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2014, por meio de entrevista individual semiestruturada, gravadas e, posteriormente transcritas, as quais abordaram questões referentes a realização das práticas de cuidado pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo. As entrevistas foram realizadas em uma sala anexa à unidade da maternidade, mas que se localizava no interior desta, o que garantiu a viabilização de sua participação e o sigilo das informações.

Foi explicado o objetivo da pesquisa, e realizada a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) às participantes maiores de 18 anos e aos responsáveis pelas menores de 18 anos. As participantes menores de 18 anos também receberam o Termo de Assentimento para autorização relativa à sua participação. Também, foi respeitado o período de 24 horas após o parto para realização das entrevistas, pelo respeito à integridade da mulher, mas optou-se por realizar a entrevista neste período pelo fato da vivência dos cuidados ao parto estarem acentuadas em suas lembranças.

Posteriormente, os dados coletados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo<sup>13</sup> que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro foi constituído da fase exploratória da investigação, onde se buscou a compreensão da história do grupo pesquisado, seus ambientes e suas condições socioeconômicas, dentre outras. O segundo momento compreendeu a fase de interpretação, a qual permitiu ao pesquisador entender os significados centrais do estudo permitindo a apresentação do relatório final da pesquisa.

Os preceitos éticos foram observados conforme a Resolução nº 466/2012<sup>14</sup>, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos. A fim de garantir o anonimato das participantes, essas foram nomeadas pela letra “E” de entrevista, seguida de sequência numérica, observando a ordem das entrevistas

realizadas (E1, E2... E10). Essa pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAEE 26452313.8.0000.5346.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou entre 15 a 29 anos de idade. Em relação ao estado civil, sete estavam em união estável e três em estado civil de solteiras ou casadas. Quanto à escolaridade, cinco apresentavam o ensino médio completo, três o 2º grau incompleto, uma o ensino fundamental completo e uma o ensino fundamental incompleto. Ainda, quanto à ocupação, uma era estudante, quatro trabalhavam no comércio lojista, duas trabalhavam no lar, duas eram empregadas domésticas e uma agricultora. Quanto à renda mensal familiar, três com um salário mínimo, uma com um salário mínimo e meio, uma com dois salários mínimos, uma com três salários mínimos e uma com quatro salários mínimos.

Em relação às práticas de cuidado prestadas no processo parturitivo, sete das participantes tiveram indicação de algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, prevalecendo a deambulação e o banho morno. Ainda, nove tiveram a presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e período pós-parto. Por outro lado, oito fizeram o uso de medicamentos para indução no parto, como ocitocina. Além disso, houve a realização de procedimentos como tricotomia (sete), enterocлизма (sete) e episiotomia (nove).

Os dados deste estudo foram estruturados em três categorias a partir do Guia Prático da Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>9</sup> No ano de 1996 a OMS, elaborou um guia prático baseado em práticas seguras de cuidado destinadas ao parto normal. Essas categorias estão descritas como: práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas; condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 1996).

### Práticas seguras de cuidado ao parto normal

Ao buscar entendimento e conhecimento quanto às práticas de cuidado prestados pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo, identificou-se que os métodos não farmacológicos para alívio da dor, que colaboram para progressão fisiológica do parto, estão abarcados no cenário de cuidado do presente estudo. Esses métodos são enquadrados pela OMS nas práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas.<sup>9</sup>

“[...] me orientaram a caminhar quando eu estava com a dilatação, e ela (técnica de enfermagem) disse para me movimentar no corredor para dilatar mais rápido, que é bem melhor.” (E10)

“A caminhar bem no início quando eu estava com seis dedos, antes do sorinho, daí eu caminhei. [...] a bola foi bem no final, falaram que era para encaixar.” (E9)

Uma das estratégias não farmacológicas para alívio da dor mencionadas pelas participantes deste estudo refere-se à deambulação, a qual foi orientada no intuito de auxiliar a dilatação, contribuindo na progressão do parto e, de certa forma, abreviando sua duração. Esta prática de cuidado, quando orientada e estimulada adequadamente, visa possibilitar maior autonomia à parturiente sobre seu corpo, permitindo que a mulher se sinta como parte ativa desse processo. A deambulação, no início do trabalho de parto, apresentou-se como um dos métodos não farmacológicos mais utilizados. Essa prática de cuidado, uma tecnologia relacional interativa, é considerada pela OMS uma alternativa não farmacológica para alívio de dor.<sup>9</sup>

Resultados semelhantes aos desta pesquisa, foram encontrados no estudo<sup>15</sup> que analisou a assistência realizada pelos enfermeiros no acompanhamento de parturientes. Os dados foram coletados em um livro de registro de ações do enfermeiro na assistência à parturiente de um centro obstétrico de uma maternidade. Foram estudados 938 partos, no período de 2005 a 2006 e a deambulação foi o terceiro método mais utilizado, aparecendo em 12,78% dos partos realizados, o que vai ao encontro dos achados do presente estudo, em que a deambulação foi realizada por 50% das participantes, sendo o método não farmacológico mais utilizado.

Nesse sentido, fica evidente que tanto para a mãe quanto para o bebê, é melhor quando a parturiente se mantém em movimento durante o trabalho de parto. A posição verticalizada favorece a diminuição da dor e do tempo do trabalho de parto e parto, além de aumentar a atividade uterina, oferece menor risco de sofrimento fetal e melhora o conforto materno. Ademais, este método está associado a menores índices de parto cesáreo e analgesia.<sup>15</sup>

Outra prática de cuidado não farmacológica utilizada no cenário do estudo foi o uso da bola suíça, por duas participantes. Este é um dispositivo lúdico, construído com material elástico, cheio de ar e que possibilita a correção da postura, o relaxamento, alongamento e trabalha a musculatura do assoalho pélvico.

Estudo realizado<sup>16</sup> evidenciou que 40% dos centros obstétricos, vinculados ao Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, utilizaram este recurso como método de assistência obstétrica durante a fase de dilatação. Os benefícios quanto ao uso deste método, encontram-se no fato da posição vertical favorecer a força da gravidade e, conseqüentemente, a descida e a progressão fetal no canal de parto e, ainda, estimular os movimentos espontâneos e permitir que a mulher detenha controle reconhecendo seu corpo. Acrescenta-se que o momento ideal para a aplicação da bola suíça é durante a fase ativa do trabalho de parto, visto que é nesse período que as contrações se intensificam.<sup>17</sup>

Percebe-se, por meio dos dados das pesquisas, que os profissionais de enfermagem desempenham importante função no cuidado ao parto e devem utilizar seu conhecimento a serviço da parturiente, reconhecendo o momento

único que está sendo vivenciado por ela e sua família. Neste sentido, os profissionais de enfermagem precisam incorporar em suas atitudes como cuidadores, práticas que possibilitam contribuir para que a mulher vivencie o processo parturitivo de maneira prazerosa.<sup>2</sup>

No que tange aos métodos não farmacológicos, podem ser aplicados até mesmo pelo acompanhante de escolha da mulher, pois não necessitam de alta tecnologia para sua utilização. Para a OMS, é essencial que métodos não farmacológicos para o alívio da dor sejam cada vez mais utilizados, pois são seguros e menos invasivos.<sup>9</sup>

Por outro lado, reconhece-se que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor contribui para o protagonismo da parturiente na cena do parto, reduzindo práticas intervencionistas desnecessárias e, muitas vezes, rotineiras. Portanto, estes métodos mostram-se fundamentais no cenário atual do contexto do parto no Brasil.<sup>9</sup>

Em se tratando de práticas de cuidado identificou-se cuidados de rotina, entre esses, a verificação de pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos (BCFs), exames de toque vaginal. Assim, no espaço de investigação deste estudo, esses são realizados na admissão da parturiente e perduram durante sua internação. A justificativa disso está centrada na avaliação do bem-estar materno e fetal.

“[...] me levaram para salinha de exame, fizeram toque, mediram a pressão, ouviram os batimentos do bebê.” (E9)

“[...] fizeram a avaliação, verificaram os batimentos, a pressão.” (E7)

“[...] as gurias (técnica de enfermagem) mediram minha pressão, ouviram o coraçãozinho do nenê quando eu cheguei.” (E5)

“[...] Verificavam minha pressão, exames de toque, o coraçãozinho escutavam também.” (E8)

Conforme os depoimentos os profissionais de enfermagem realizaram uma avaliação física no primeiro contato com a parturiente. Nesta avaliação, foram valorizadas a ausculta dos BCFs, verificação da pressão arterial e exame de toque vaginal, os quais são procedimentos obrigatórios na admissão da parturiente. Essas ações precisam ser desenvolvidas com atenção, pois servem como parâmetro para a definição de condutas subsequentes, e até mesmo, para o encaminhamento de cuidados mais complexos, quando necessário.<sup>9</sup>

Em um estudo<sup>18</sup> que visou avaliar a assistência ao parto e ao recém-nascido em uma maternidade e unidade de neonatologia de uma instituição hospitalar de nível terciário do interior do Estado de São Paulo identificaram-se os seguintes índices 89% toque vaginal, 96,6% pressão arterial e ausculta do BCF e 89,7% avaliação da dinâmica uterina. Fica evidente que esses resultados são condizentes, em parte, com os achados da presente pesquisa, pois a avaliação da dinâmica uterina não é reportado nos depoimentos das participantes. Além disso, avaliação de outros sinais vitais como, temperatura corporal e frequência cardíaca não são reportados em ambos estudos.

## Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Segundo a OMS, estão entre as condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar às parturientes de baixo risco nas maternidades. Contudo, nos depoimentos essas práticas de cuidado continuam sendo implementadas.

“[...] não podia comer também [...] eu não podia comer até a hora do parto [...] nem água nem nada [...] elas (técnicas de enfermagem) falaram que era para mim não me sentir mal na hora do parto.” (E4)

“[...] eu passei mal, é que eu estava sem comer e sem tomar água, sabe? [...] ela (técnica de enfermagem) disse que eu podia tomar só um pouquinho de água, só para molhar a boca, que se eu tivesse que fazer uma cesárea, eu teria que ficar sem comer e sem tomar água [...]” (E6)

A orientação repassada às participantes de não ingerir líquidos ou alimentos foi realizada pelos profissionais com o intuito de não causar maiores complicações no momento do parto, ou no caso de evolução para uma cesárea pelo aumento do risco de aspiração. Frente aos relatos, percebe-se que as participantes do estudo demonstraram submissão às orientações dos profissionais.

Assim, diante de um parto normal de baixo risco, seja qual for o local em que este se desenvolve, não há necessidade de restringir a alimentação ou a ingestão de líquidos pela parturiente.<sup>19</sup> Portanto, não se deve interferir no desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto, uma vez que, o trabalho de parto requer uma quantidade enorme de energia, tendo em vista a imprevisibilidade de sua duração. Portanto, é preciso repor as fontes de energia da parturiente, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno, sendo que a restrição severa da ingestão hídrica pode levar à desidratação.<sup>9</sup>

Acrescenta-se que, no cenário parturitivo, a restrição alimentar ou líquida, costuma estar atrelada à falta de conhecimento e de atualização dos profissionais e, também, à necessidade de estruturar rotinas institucionais, que desconsideram as necessidades da mulher e que ainda insistem em perpetuar o “antigo” modelo de assistência intervencionista e medicalocêntrico.

Esses achados foram semelhantes aos obtidos no estudo<sup>20</sup>, que visou avaliar a atenção ao parto na ótica de adolescentes assistidas em um hospital universitário do Sul do Brasil. A pesquisa foi realizada com 269 adolescentes, de julho de 2008 a outubro de 2009, em que a restrição hídrica e a alimentação estiveram presentes em 87,4 % das participantes. Ainda, em pesquisa<sup>21</sup> “Nascer no Brasil”, um estudo de base hospitalar realizada entre os anos de 2011 e 2012, com 23.894 mulheres os resultados apontaram que o modelo de atenção ao parto com uso frequente de intervenções, entre essas, a restrição hídrica e alimentar, não encontra respaldo em estudos internacionais.

Os participantes também relataram nas falas a utilização de fármacos endovenosos, descritos como ocitocina sintética.

“[...] eu cheguei, eles (equipe de enfermagem) me atenderam. A técnica de enfermagem me colocou no soro (com ocitocina).” (E2)

“[...] colocaram o soro (com ocitocina) que era para ajudar a dilatar, daí ia dar contração mais seguido e mais forte [...]” (E9)

“[...] ela (técnica de enfermagem) ia colocar um pouquinho mais devagar (ocitocina), porque eu estava com muita dor [...] mas depois elas (técnicas de enfermagem) aumentaram.” (E6)

Os dados revelam uma realidade marcada pelo uso rotineiro de ocitocina, citado pelas participantes do estudo como “soro”. O uso da ocitocina potencializou o quadro de dor ao gerar contrações uterinas mais frequentes e mais fortes. Em relação a isso, a literatura<sup>21</sup>, aponta que os profissionais têm consciência que o uso da ocitocina interfere na fisiologia do parto, causa contrações uterinas regulares, fortes e por isso maior dor e desconforto para a mulher. Contudo, mesmo no parto normal de baixo risco, algumas intervenções desnecessárias são utilizadas em alta proporção, como o uso da ocitocina, que com ou sem sucesso, é utilizada no intuito de abreviar o parto.

Esses dados apresentam similaridade com os do estudo<sup>21</sup>, já reportado anteriormente, no qual os autores citam que, o uso da ocitocina foi utilizado em 40% das participantes.

Considera-se que o uso da ocitocina sintética, de certa forma, tem seus benefícios. No entanto, o modelo vigente de atenção ao parto e nascimento não valoriza a fisiologia do processo de parturição e opta pela medicalização em excesso, realizada rotineiramente, sem levar em consideração o momento vivido por cada mulher.<sup>21</sup> Assim, pondera-se que o manejo ativo do trabalho de parto com a utilização de ocitocina precoce deve ficar reservado somente a alguns casos, não sendo recomendado o seu uso rotineiro na prática obstétrica, pois pode ser, até mesmo, prejudicial, se usado de forma indiscriminada.

## Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

Ainda em relação aos cuidados à parturiente, os fragmentos das falas das participantes abaixo, revelam a realização de procedimentos ultrapassados, que não trazem benefícios maternos ou neonatais e que são consideradas pela OMS<sup>9</sup> como: Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

“[...] lavagem (enterocлизма).” (E3)

“[...] a raspagem dos pelos (tricotomia) [...] elas (técnicas de enfermagem) explicavam da raspagem para não dar infecção, que era feito tanto na cesárea como no parto normal [...]” (E4)

“[...] O cortezinho (episiotomia).” (E3) (E8)

“[...] As gurias (técnicas de enfermagem) fizeram (tricotomia) uma noite antes de eu ganhar o nenê.” (E6)

“[...] a lavagem (intestinal) [...]” (E10)

“As gurias (técnicas de enfermagem) fizeram [...] a raspagem dos pelos, né? [...] porque tinha que fazer, porque seria parto normal, né? [...] da lavagem (enteroclisma) que não podia ter nada né? Por causa do nenê.” (E5)

Os fragmentos das falas das mulheres revelam a realização de procedimentos técnicos como o enteroclisma, a tricotomia e a episiotomia como rotina no serviço. Verifica-se, que práticas rotineiras e desnecessárias continuam sendo implementadas no cenário do estudo, mesmo diante de pesquisas que apontam que tais práticas são obsoletas e que precisam ser discutidas, repensadas e reformuladas nos serviços de saúde.

Em relação à realização de tais procedimentos, faz-se necessário destacar o lugar da mulher nesse evento e a função que os próprios profissionais assumem. Sabe-se que, em algumas situações, a mulher pode optar pela utilização de alguma destas práticas e essa decisão deve ser respeitada. Contudo, para manifestar essa escolha, a parturiente precisa, antes de tudo, exercer o empoderamento, sendo este caracterizado pelo livre direito de decisão, o direito à palavra, à assumir uma postura ativa durante o processo parturitivo.<sup>6</sup> Isso se torna possível a partir do momento em que os profissionais de enfermagem esclarecem as pacientes sobre as devidas práticas de cuidado, quanto aos benefícios e possíveis riscos, para que assim, a mulher exerça o poder de decisão consciente.

Nesse ínterim o processo parturitivo atual, com uso crescente de procedimentos invasivos não favorece a evolução fisiológica do parto. Por conseguinte, destaca-se que esses recursos só devem ser utilizados quando há real necessidade, portanto, a banalização das intervenções deve ser evitada.<sup>22</sup> Concernente a esse aspecto, a pesquisa “Nascer no Brasil”, mostrou que a classe médica não valoriza o conhecimento científico abarcado no meio científico.<sup>23</sup> As boas práticas de atenção ao parto são menos frequentes que as intervenções durante o trabalho de parto e parto, e, em contrapartida, não são considerados os conhecimentos obtidos nas investigações científicas sobre a efetividade dessas ações, perpetuando a reprodução de práticas desnecessárias e rotineiras.<sup>23</sup>

A literatura<sup>21</sup> aponta e reforça que a prática de tais condutas é ineficaz e que, em grande parte, não traz benefícios à mulher. As práticas de tricotomia, episiotomia e enteroclisma, por exemplo, são discutidas em estudo<sup>20</sup> que traz dados semelhantes à esta pesquisa, em que a tricotomia foi realizada em 32,8% das parturientes, enteroclisma por 13,7% das parturientes e a episiotomia em 89,6%. Ainda, para a OMS 2009 tais procedimentos são considerados desnecessários, sem evidências científicas e que somente devem ser realizados a pedido da mulher.<sup>9</sup>

Cabe ainda destacar que, quanto à prática da episiotomia, não existem evidências científicas confiáveis que confirmem que ela deve ser realizada, especialmente, quando se

desconsidera a individualidade de cada caso. Vale ressaltar que, em algum momento, esse procedimento pode vir a ser necessário, contudo, deve haver uma indicação plausível para sua realização.<sup>9</sup>

Alguns participantes revelaram que profissionais de enfermagem ainda preconizaram a realização de rotinas institucionais, como as referidas anteriormente e também a restrição no leito. E, nesse contexto, a atitude de movimentar-se e adquirir uma posição confortável, durante as contrações uterinas, partiu da própria parturiente, ou seja, do instinto feminino frente à situação de dor no trabalho de parto.

“[...] Na verdade, eu comecei a caminhar e quando vinha a dor, eu me agachava e fazia força. Por isso, que ajudou na hora do parto [...] mas não veio deles (profissionais de enfermagem) [...] eu fiquei a noite inteira acordada. Eu ficava andando nos corredores. Daí, ela (técnica de enfermagem) veio e disse: “- tu tem que ficar deitada para nós saber” [...] mas se eu estava morrendo de dor, não conseguia ficar deitada. Como que eu ia ficar deitada?” (E6)

Esse relato revela que a atitude de caminhar partiu da participante e ainda houve interferência da profissional de enfermagem que questionou sua atitude. Desse modo, ratifica-se a importância de os profissionais respeitarem o modo como a mulher gostaria de conduzir seu trabalho de parto, cabendo ao profissional fornecer suporte à parturiente e à mulher a possibilidade de escolher o que melhor lhe convém, em um momento em que ela deve ser a protagonista.<sup>17</sup>

Nota-se, ainda, que essas condutas são divergentes às recomendações da OMS<sup>9</sup>, que afirma que, além do apoio fornecido pelos profissionais durante o trabalho de parto, é imprescindível orientar a parturiente durante o andamento do trabalho de parto a adotar a posição que deseja, no leito ou não. Isto significa que, se ela não quiser, não precisa ficar restrita ao leito, em decúbito dorsal, pois tem a liberdade de optar por uma postura verticalizada, sentada, em pé, como também pode deambular, sem interferência dos prestadores de serviço, especialmente, durante o primeiro estágio do parto.

Nesse sentido, o profissional deve incentivar a parturiente a trocar de posição. É importante que ele saliente que, durante a fase de latência e no estágio ativo inicial do trabalho de parto, ela pode caminhar, pois isto aumentará seu conforto e facilitará a progressão do trabalho de parto.<sup>11</sup>

Dessa forma, o profissional de enfermagem deve representar o alicerce no cuidado. Precisa estar presente, orientar e também auxiliar a mulher na boa evolução do parto, de modo a tornar esta vivência positiva à mulher e seus familiares. Diferentemente desta premissa, segue um relato da realização da Manobra de Kristeler no momento do parto.

“[...] ela (enfermeira) teve que dar uma ajuda na barriga forçando para baixo (Manobra de Kristeler) [...] judiou um pouco assim [...] acho que foi a parte mais dolorida [...] (A enfermeira) não explicou porque estava fazendo.” (E9)

A partir do relato, a parte mais dolorida do parto não envolveu a dor das contrações, mas sim a dor causada por uma

intervenção, que é reconhecida como um procedimento que não possui evidências científicas para sua realização. Logo, a vivência do primeiro parto da participante foi marcada pela dor e sofrimento provocados por um procedimento completamente desnecessário. Considera-se que esta experiência possa deixar marcas profundas na participante, pois as lembranças que permanecem deste evento dependem, em grande parte, do cuidado prestado ou imposto pela equipe.

É interessante ressaltar, ainda, que dentre tantas outras intervenções e violências institucionais na assistência ao parto, a manobra de Kristeller é comprovadamente uma prática desnecessária, que deve ser retirada deste cenário.<sup>21</sup> Esses mesmos autores, em pesquisa “Nascer no Brasil”, apontam que em mulheres com risco obstétrico habitual a manobra de Kristeller esteve presente em 37% dos casos, demonstrando que os achados da presente pesquisa, ainda vão ao encontro de outros estudos, mesmo com riscos sobrepostos a essa manobra como a ruptura uterina, fraturas no recém-nascido, dentre outras.

Evidencia-se, também, que quando a participante refere que não lhe explicaram porque estavam fazendo esta manobra, suas escolhas foram desconsideradas e o direito à voz lhe foi destituído, visto que, esta nem ao menos compreendeu o que estava ocorrendo. Além disso, entende-se que o procedimento foi realizado sem levar em consideração a mulher/pessoa que estava sendo cuidada.

As informações fornecidas às parturientes costumam se restringir à necessidade desta em fazer força, permanecer em uma posição “cômoda” para os profissionais, restringindo-a de outras orientações pertinentes. No entanto, essas são orientações que colocam a mulher em uma posição de submissão e passividade, ignorando seu instinto natural, sua autonomia e capacidade de parir.<sup>6</sup>

Nesta linha de pensamento, reflete-se sobre a função do profissional de enfermagem durante o processo de parturição. Este deve promover um cuidado baseado na empatia, no diálogo, no esclarecimento de dúvidas, oportunizando e incentivando as escolhas da mulher, e protegendo-a de situações de imposição, violação e violência de seu corpo.

## CONCLUSÃO

Nota-se que o processo parturitivo vivenciado pelas mulheres-primíparas é marcado por práticas de cuidado benéficas e não benéficas. Algumas práticas de cuidado favorecem e respeitam a fisiologia do parto, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e práticas de cuidado que atendem a mulher como ser humano protagonista do processo parturitivo. Contudo, práticas de cuidado que destituem a mulher da função de protagonista e que desrespeitam a evolução fisiológica do parto, continuam sendo implementadas, como foi observado nesse estudo.

Esse estudo demonstrou que, embora exista uma política voltada para a humanização do parto e nascimento, um

alerta por meio de uma pesquisa a nível nacional intitulada “Nascer no Brasil”, o que predomina ainda é o modelo em que o profissional aparece como sendo o detentor do saber e que tem o domínio do processo de parir e não a mulher. Isso evidencia que no contexto atual ainda não existem grandes mudanças de assistência ao parto e nascimento.

Outro aspecto a destacar é relativo ao profissional enfermeiro, que é pouco citado pelas participantes nos depoimentos, ficando o Técnico de Enfermagem em destaque na realização dos procedimentos. O Enfermeiro, geralmente, atua na assistência de partos com alguma distócia, ficando o técnico de enfermagem, na maioria das vezes, responsável pelos demais cuidados a parturiente. Tal fato reforça a necessidade de a maternidade dispor de maior quantitativo de profissionais enfermeiros, para que estes possam acompanhar a parturiente em todo o processo parturitivo e não apenas em situações complexas.

Espera-se que esse estudo estimule a reflexão dos principais envolvidos na prestação do cuidado, no sentido de repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e passem a investir em práticas que contribuem para evolução fisiológica do parto e que restituam à mulher a função de protagonista do próprio parto.

Ressalta-se a necessidade da educação continuada dos profissionais que atuam no cuidado ao parto, buscando a atualização do conhecimento e a instituição de práticas benéficas de cuidado à parturiente. Ainda, recomenda-se a oferta de cursos de aperfeiçoamento que permitam uma melhor capacitação dos envolvidos no cuidado ao parto.

## REFERÊNCIAS

1. Cortés MS, Barranco DA, Jordana MC, Roche MEM. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2015 Jun [acesso em 2015 mar. 13];23(3):520-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)
2. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanizing childbirth care in Brazil: new ethics requirements for management and care. *Tempus, Actas de saúde Colt* [internet]. 2010 [acesso em 2016 mar. 17];4(4):105-17. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010
4. Goberna TJ, Palacio TA, Banús GMR, Linares SS, Salas CD. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof* [internet]. 2008 [acesso em 2016 mar. 12];9:5-10. Disponível em: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6692/173/tecnologia-y-humanizacion-en-la-asistencia-al-nacimiento-la-percepcion-de-las-mujeres>
5. Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociol Health Illn* [internet]. 2010 Mar [acesso em 2015 fev. 13];32:486-501. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2009.01207.x/epdf>
6. Pinheiro BC, Bittar, CML. Perceptions, expectations and knowledge about the normal delivery: experience reports of mothers and health professionals. *Aletheia* [internet]. 2012 Jan/Abr [cited 2016 abr. 18];37:212-27. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942012000100015&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942012000100015&script=sci_abstract&tlng=en)

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. Ministério da Saúde (BR), Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde da mulher. Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.
10. Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe Sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 de junho de 1986. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
11. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Maternal experiences on the assistance received in the process of parturition. Esc Anna Nery [internet]. 2010 Abr/Mar [acesso em 2016 abr. 12];14(3):462-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300005&script=sci_abstract)
12. Ferreira VA, Acioli S. Care practice developed by nurses in primary health care: a dialectical hermeneutics approach. Rev enferm UERJ [internet]. 2010 Out/Dez [acesso em 2016 mai. 12];18(4):530-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a05.pdf>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2013.
14. Ministério da Saúde (BR). Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS no. 466/12) Brasília, 2012.
15. Rocha CR, Fonseca LC. The assistance of parturient women by obstetric nurses: in search for the respect of nature. J res fundam care online [internet]. 2010 Abr/Jun [acesso em 2015 dez. 12];2(2):807-16. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/339>
16. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Using the swiss ball in labor. Acta Paul Enferm [internet]. 2011 [acesso em 2016 abr. 12];24(5):656-2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500010&script=sci_arttext&tlng=en)
17. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. Acta Paul Enferm [internet]. 2013 [acesso em 2015 nov. 13];26(5):478-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500012)
18. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Evaluation of delivery care in a tertiary maternity in the interior of State of São Paulo, Brazil. Rev Bras Saude Mater Infant [internet]. 2009 Jan/Mar [acesso em 2016 mai. 03];9(1):59-67. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000100007)
19. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Published online. 2010;20(1) PubMed; PMID CD003930.
20. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Mendoza-Sassi RA. Evaluation of birthing care provided to adolescents in a university hospital. Rev Bras Saúde Matern Infant [internet]. 2012 Out/Dez [acesso em 2016 mai. 12];12(4):383-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000400005)
21. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 2016 mar. 17];30(1):17-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext&tlng=en)
22. Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Rev Baiana Enferm [internet]. 2011 Mai/Ago [acesso em 2016 mar. 12];25(2):173-84. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5093/4474>
23. Chaves RL. Birth as a radical experience of chance. Cad Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 2016 mar. 17];30(1):14-6. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>

Recebido em: 23/07/2016  
Revisões requeridas: 14/03/2017  
Aprovado em: 04/01/2017  
Publicado em: 05/01/2018

**Autor responsável pela correspondência:**

Juliane Scarton  
Rua General Osório, s/nº  
Rio Grande/RS, Brasil  
CEP: 96200-400