

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DINARA DORNFELD

**A EQUIPE DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ
NO PARTO E NASCIMENTO**

Porto Alegre

2011

DINARA DORNFELD

**A EQUIPE DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ
NO PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e registro nesta Comissão.

Orientadora: Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Porto Alegre

2011


DINARA DORNFELD

A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Regina Gema Santini Costenaro

Membro da banca

UNIFRA



Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

Membro da banca

UFRGS

Ao meu marido Jeferson, que me apoiou durante todo esse processo e é meu modelo inspiratório na busca do conhecimento.

Catálogo na publicação: Biblioteca da Escola de Enfermagem – UFRGS
Ficha Catalográfica

D713e Dornfeld, Dinara

A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento –
[manuscrito] / Dinara Dornfeld. – 2011.

66 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientação: Eva Neri Rubim Pedro

1. Assistência a enfermagem 2. Saúde materno-infantil 3. Parto humanizado I.
Pedro, Eva Neri Rubim II. Título

NLM WY195

AGRADECIMENTOS

A Deus, por fazer com que tudo aconteça sempre no tempo certo da minha vida.

Ao meu marido, por estar sempre ao meu lado, me dando força, lendo e discutindo comigo minhas produções textuais e, acima de tudo, tendo muita paciência.

À amiga e colega de trabalho e de Abenfo, Leila Rabelo, pelo estímulo e apoio constantes.

À querida orientadora Eva Neri Pedro, por ter me mostrado que a caminhada acadêmica deve ser vivida com prazer.

À banca examinadora, pela disponibilidade, atenção e carinho com que acolheram o convite para avaliar este trabalho e por suas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

À minha irmã Jaqueline, que revisava os meus textos e se implicava com todos os meus gerúndios.

Ao meu pai Waldemar e à minha mãe Deonilda que sempre apoiam tudo o que as filhas se propõem a fazer.

Às colegas Enfermeiras da Linha de Cuidado Mãe-Bebê do HNSC por facilitarem as trocas de plantão para que eu pudesse desenvolver minhas atividades de mestranda.

À minha chefe, Lisete Ambrosi, e ao HNSC por valorizarem a aquisição do conhecimento e me concederem liberação para estudar.

Às minhas funcionárias da Unidade Neonatal por compartilharem comigo mais essa conquista e por compreenderem as minhas ausências.

A todos os profissionais que prontamente concordaram em participar da pesquisa.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, realizado em uma maternidade pública no município de Porto Alegre/RS, no período entre março e julho de 2010. Teve como objetivo observar e analisar a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento. Foram observadas 20 cenas de parto, sendo a equipe atuante composta por obstetra, residente em Obstetrícia, enfermeira, técnica de Enfermagem e pediatra. As informações coletadas por meio de observação do tipo naturalista foram submetidas à análise temática que evidenciou as seguintes categorias: apoio empático como estratégia de comunicação terapêutica; acolhimento e respeito ao acompanhante de escolha da paciente; contato pele a pele (CPP) implementado como rotina versus cuidado seguro e o ambiente, as necessidades da equipe e a adaptação do recém-nascido (RN) ao novo mundo. Os achados do estudo revelaram que a equipe se mostra, na maioria das vezes, empenhada em dar suporte à paciente por meio do apoio empático e da valorização do acompanhante, promovendo, dessa maneira, circunstâncias seguras de cuidado. Em relação ao CPP entre mãe e bebê e a disposição de um ambiente propício para a recepção do RN, foram identificadas atitudes que demonstram a conscientização dos profissionais sobre os benefícios dessas práticas, no entanto, ainda são necessários esforços para que elas se configurem em circunstâncias seguras de cuidado. Ao se considerar a atuação de cada categoria profissional, identificou-se que a Enfermeira exerce papel diferencial para a efetivação de uma assistência segura, visto que foi preponderante no apoio à mulher e na promoção do CPP. Considera-se ao final que, a partir de um novo olhar sobre a assistência ao parto e nascimento proposto por este estudo, se contribua com as reflexões de profissionais da saúde, da educação, gestores e outros agentes envolvidos na assistência materno-infantil. Além disso, espera-se que os achados desta pesquisa possam servir de subsídios para futuros estudos quantitativos relacionados à segurança da assistência ao processo de parto e nascimento, bem como para outros estudos qualitativos que abordem a percepção da mulher, do acompanhante e demais profissionais da saúde em relação ao tema.

Descritores: Segurança. Assistência ao Paciente. Saúde Materno-infantil. Parto Humanizado. Atitude do Pessoal de Saúde.

RESUMEN*

Se trata de un estudio cualitativo, de tipo descriptivo-exploratorio, realizado en una maternidad pública en el municipio de Porto Alegre/RS, en el período entre marzo y julio del 2010. Tuvo como objetivo observar y analizar la actuación de los profesionales de la salud en relación a la seguridad del binomio madre-hijo durante el parto y el nacimiento. Fueron observados 20 procedimientos de parto, donde participaron los siguientes profesionales de la salud: obstetra, residente en Obstetricia, enfermera, técnica de Enfermería y pediatra. Las informaciones colectadas por medio de observación tipo naturalista fueron sometidas a análisis temático evidenciando las siguientes categorías: apoyo empático como estrategia de comunicación terapéutica; acogida y respeto al acompañante escogido por la paciente; contacto piel a piel implementado como rutina contra cuidado seguro y el ambiente, las necesidades del grupo de profesionales y la adaptación del recién nacido el nuevo mundo. Los resultados del estudio revelaron que los profesionales se muestran, en la mayoría de los casos, empeñados en dar soporte a la paciente por medio del apoyo empático y de la valorización del acompañante, promoviendo, de esta forma, circunstancias seguras de cuidado. En relación al contacto piel a piel entre madre e hijo y la disposición de un ambiente propicio para la recepción del recién nacido, fueron identificadas actitudes que demuestran la concientización de los profesionales sobre los beneficios de esas prácticas, sin embargo, todavía son necesarios esfuerzos para que ellas se configuren en circunstancias seguras de cuidado. Al considerarse la actuación de cada categoría profesional, se identificó que la Enfermera ejerce un papel diferencial para a efectuar una asistencia segura, una vez que fue esencial para el apoyo a la mujer y para la promoción del contacto piel a piel. Se considera finalmente que, a partir de una nueva perspectiva sobre la asistencia al parto y al nacimiento propuesto en este estudio, se contribuya con las reflexiones de profesionales de la salud, de la educación, gestores y otros agentes involucrados en la asistencia materno-infantil. Además, se espera que los resultados de este estudio puedan servir de subsidio para futuros estudios cuantitativos relacionados a la seguridad de la asistencia al proceso de parto y nacimiento, así como también para otros estudios cualitativos que aborden la percepción de la mujer, del acompañante y demás profesionales de la salud en relación al tema.

Descriptores: Seguridad. Atención al Paciente. Salud Materno-Infantil. Parto Humanizado. Actitud del Personal de Salud.

Título: Los profesionales de la salud y la seguridad del binomio madre-hijo en el parto y nacimiento

* Tradução Maria Auxiliadora Cannarozzo Tinoco

ABSTRACT*

This qualitative, descriptive and exploratory study aimed to observe and analyze the performance of the health team regarding the safety of the mother-child binomial at labor and birth. It was carried out in a public maternity hospital in the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil, between March and July 2010. In total, 20 birth situations were observed. The performing team consisted of an obstetrician, a resident physician in obstetrics, nurse, nursing technician and pediatrician. Information collected through naturalistic observation was subject to thematic analysis that evidenced the following categories: empathic support as therapeutic communication strategy, welcoming and respect to companions chosen by patients, skin-to-skin contact implemented as routine versus safe care and environment, team's needs and newborns' adaptation to the new world. The findings of the study revealed that the team is, most times, engaged in providing support to patients through empathic support and valorization of companions, promoting, therefore, safe care circumstances. Concerning mother-baby skin-to-skin contact and the arrangement of an environment favorable to the reception of the newborn, professionals' attitudes demonstrate acknowledgement of the benefits of these practices, however, efforts are needed for them to be configured as safe care circumstances. When considering the performance of each professional category, nurses were identified as performing an essential role for the accomplishment of safe care, as they were preponderant in supporting women and in promoting skin-to-skin contact. A new look regarding labor and birth care, proposed by this study, can contribute to reflections by health and education professionals, managers and other agents involved in maternal-infant care. Moreover, the findings from this research can support future quantitative studies related to care safety in labor and birth processes, as well as other qualitative studies that approach women's, companions' and health professionals perception regarding the theme.

Descritores: Safety. Patient Care. Maternal and Child Health. Humanizing Delivery. Attitude of Health Personnel.

Titulo: Health team and safety of the mother-child binomial at labor and birth

* Tradução Livia de Oliveira Pasqualin

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das cenas de parto	34
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CISP - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

CO – Centro Obstétrico

CPP – Contato Pele a Pele

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GEPEETec - Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

LCMB – Linha de Cuidado Mãe-Bebê

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHA - *World Health Assembly* (Assembleia Mundial da Saúde)

WAPS – *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente)

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Segurança do paciente	17
3.2	Segurança no processo de parto e nascimento	20
3.3	A humanização como política pública brasileira para garantir a segurança no processo de parto e nascimento	24
4	METODOLOGIA	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Local de realização do estudo	27
4.3	Inserção no campo de estudo	28
4.4	Participantes do estudo	29
4.5	Coleta de dados	29
4.6	Considerações éticas	30
4.7	Análise dos dados	31
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
5.1	Caracterização das cenas de parto	32
5.2	Apoio empático como estratégia de comunicação terapêutica	35
5.3	Acolhimento e respeito ao acompanhante de escolha da paciente	40
5.4	Contato pele a pele implementado como rotina versus cuidado seguro	43
5.5	O ambiente, as necessidades da equipe e a adaptação do RN ao novo mundo	47
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A – Ficha de registro das observações	64
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
	ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética	66

1 INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo provém das minhas vivências profissionais, especialmente nos últimos anos, quando venho atuando como enfermeira assistencial de uma maternidade pública no município de Porto Alegre/RS.

Essa maternidade, até meados de 2004, seguia o modelo clássico de organização da maioria das maternidades brasileiras de grande porte. Nesse cenário, predominava a divisão técnica do trabalho, com profissionais especializados atuando de forma fragmentada no cuidado à saúde da mulher. Neste contexto, o modelo biomédico determinava a organização fabril da assistência ao processo de parto e nascimento, cujo foco era o trabalho dos profissionais de saúde e não a mãe, o bebê e seus familiares.

Em maio de 2004, a estrutura organizacional da maternidade foi redefinida, seguindo o desenho de linha de cuidado. Essa linha teve como fundamento a construção de unidades assistenciais e de apoio, onde foram agrupados todos os profissionais envolvidos no cuidado à mãe e ao bebê, incluindo uma reestruturação de áreas físicas e redimensionamento de setores. Nesta direção, as unidades que anteriormente pertenciam a gerências distintas e com pouca comunicação foram reunidas sob uma mesma coordenação.

Dessa maneira, a maternidade, agora chamada de Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB), ao unificar todos os serviços envolvidos na assistência à mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal (pré-natal de risco, unidade de patologias obstétricas, centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade neonatal), teve como finalidade assegurar a continuidade e a resolutividade dessa assistência. Seu atendimento é voltado exclusivamente para usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que são provenientes das 43 Unidades Básicas de Saúde do município referenciadas, assim como da região metropolitana, do interior do estado (via central reguladora de leitos) e demanda espontânea.

A nova configuração organizacional da maternidade, assim como a influência das políticas governamentais para a humanização do parto e nascimento, e a mobilização da sua Enfermagem, têm sido propulsoras de mudanças também nas condutas da equipe de saúde. A partir de cursos de sensibilização e capacitação promovidos pelas enfermeiras obstétricas, com o apoio da gestão da LCMB, os profissionais têm se empenhado em apoiar a mulher, implementando os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, abolindo a restrição hídrica e alimentar durante este processo, favorecendo a presença do acompanhante e minimizando a relação de hierarquia profissional-paciente habitualmente presente no ambiente hospitalar.

Contudo, apesar de terem ocorrido melhorias na assistência, acredito que elas ainda são incipientes ao se considerar as necessidades da mãe e do bebê neste processo. Penso que os profissionais utilizam com frequência o termo humanização em seus discursos, mas suas práticas cotidianas ainda estão impregnadas do modelo biomédico que, sob a justificativa de agilidade no atendimento para atender a demanda de pacientes, apressam o processo fisiológico do parto e interferem na possibilidade de mãe-bebê-família vivenciarem esse acontecimento de modo especial e único como deveriam.

Essa maneira intervencionista e mecanicista de atuação no parto tem relação com a sua institucionalização a partir de 1940 no Brasil⁽¹⁾. Um dos principais motivos para o parto ser assumido por médicos, dentro dos hospitais, era a preocupação do Estado com a alta mortalidade materna e neonatal. Acreditava-se que dessa maneira seria possível garantir maior segurança para mães e bebês⁽²⁾. De certo modo, o progresso da medicina contribuiu para a melhora nos índices de morbimortalidade materna e perinatal, contudo o processo de parto e nascimento tornou-se algo extremamente fragmentado e impessoal⁽³⁾.

No hospital, o parto normal – que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é de início espontâneo, progride espontaneamente e o bebê nasce a termo (entre 37 e 42 semanas completas de gestação), na posição cefálica e de maneira espontânea, sendo que mãe e filho permanecem em boas condições após o nascimento⁽⁴⁾ - passou a ser sinônimo de parto institucional. Nesta concepção é a mulher quem deve alinhar-se às normas e procedimentos previamente estabelecidos, independente do seu contexto cultural⁽²⁾.

O intervencionismo excessivo da assistência ao trabalho de parto e nascimento e suas consequências, em especial para as gestantes de baixo risco e seus bebês, tem sido questionado nas últimas décadas. Estudos têm mostrado que o excesso de intervenções não está contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e neonatal⁽⁵⁾. Somado a isso, o tipo de parto, assim como alguns procedimentos, pode interferir no primeiro contato mãe-filho, prejudicando o estabelecimento dos laços afetivos⁽⁶⁾.

Considerando que, de acordo com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (WAPS), o conceito de Segurança do Paciente define-se como a redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde ao mínimo aceitável⁽⁷⁾, e que a maneira intervencionista e impessoal com que mães e bebês estão sendo assistidos tem resultado em danos, tanto relacionados ao sofrimento materno quanto aos prejuízos na interação mãe-bebê e na amamentação, pressuponho que investigações a esse respeito merecem ser aprofundadas.

Embora ainda não existam definições claras do que seria uma assistência segura no processo de parto e nascimento, as preconizações da OMS contidas no Guia Prático para a

Assistência ao Parto Normal⁽⁴⁾ subsidiam reflexões sobre o tema. Tendo como base as evidências científicas, o guia propõe o uso criterioso das tecnologias disponíveis, além de um resgate do ambiente familiar, da participação da mulher e do adequado acolhimento do recém-nascido (RN).

Nesta perspectiva, as publicações internacionais que abordam a segurança na assistência ao processo de parto e nascimento discutem principalmente a indicação adequada de intervenções nesse processo. Dessa maneira, encontram-se artigos que tratam do uso de ocitocina para indução e monitoramento do trabalho de parto, da analgesia de parto, da episiotomia, do parto cesáreo eletivo, entre outros⁽⁸⁻¹⁰⁾. No âmbito nacional, tendo em vista a mobilização pela humanização da assistência, são encontrados artigos que debatem a participação da mulher no processo de parturição, a presença do acompanhante e o contato pele a pele^(6, 11, 12), porém nenhum deles discute esses temas considerando-os como também uma questão de segurança na assistência.

É no contexto dos problemas discutidos acima que este trabalho se insere. Tendo a temática da Segurança do Paciente como um de seus fundamentos, sugere-se um novo modo de olhar a assistência ao processo de parto e nascimento, a partir da seguinte questão norteadora: *quais as ações desenvolvidas pela equipe de saúde que estão relacionadas à segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento?*

Levando-se em conta os inúmeros fatores que permeiam o processo de parto e nascimento, assim como a escassez de estudos ou normas que estabeleçam um conceito relativo à segurança neste processo, este estudo considera que a Segurança na Assistência ao Parto e Nascimento são todas as ações adotadas pelos profissionais da saúde e pela instituição que promovam a individualidade da mulher, com o apoio empático, a informação e estímulo à sua participação, a presença do acompanhante, o clampeamento tardio do cordão umbilical, o ambiente adequado com luminosidade, sonoridade e temperatura agradáveis, o contato pele a pele precoce e prolongado entre mãe e bebê e o estímulo à amamentação.

O presente estudo está vinculado à Linha de Pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do Curso de Pós-Graduação *strictu sensu* da Escola de Enfermagem da UFRGS, e o seu desenvolvimento também esteve relacionado às discussões e aprofundamentos da temática da segurança promovidos nos encontros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec), o qual integro na condição de pesquisadora. Esse grupo tem como objetivo o estudo e a produção do conhecimento na ciência da Enfermagem com foco no cuidado à

saúde da mulher, criança e adolescente, bem como o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias para o ensino de Enfermagem, Educação e Saúde.

2 OBJETIVOS

O presente estudo contempla objetivo geral e objetivos específicos.

2.1 Objetivo geral

- Observar e analisar a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores contribuintes para o cuidado seguro do binômio mãe-bebê observados na atuação da equipe de saúde;

- Descrever a atuação da equipe de saúde frente aos fatores contribuintes para o cuidado seguro do binômio mãe-bebê.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Segurança do paciente

As complicações decorrentes de cuidados inseguros no ambiente hospitalar já vinham sendo discutidas desde a década de 80 nos Estados Unidos. Contudo, foi com a publicação do relatório “*To Err is human*” - elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América do *Institute of Medicine* - que a preocupação com a segurança do paciente adquiriu abrangência internacional. Segundo o relatório, estimou-se que um percentual elevado de pacientes morresse a cada ano naquele país devido às iatrogenias resultantes de erros relacionados ao cuidado da equipe de saúde, os quais poderiam ser potencialmente evitados^(13, 14).

Sensibilizados pelos dados alarmantes, países como Estados Unidos, Austrália e Reino Unido criaram Agências e Conselhos Nacionais para a Segurança do Paciente, cuja finalidade era desenvolver sistemas de monitoramento de incidentes em pacientes, incentivar/fomentar pesquisas relacionadas à qualidade, segurança, eficiência e efetividade no cuidado à saúde e promover o acesso de profissionais de saúde e de pacientes/consumidores às informações relativas à segurança na assistência hospitalar⁽¹³⁾.

Da mesma forma, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA) de 2002, por meio da Resolução WHA 55.18, estabeleceu que seus Estados Membros devessem dedicar especial atenção aos problemas relacionados à segurança e à qualidade na assistência em saúde, implementando e reforçando práticas baseadas em evidências científicas. Na sequência, a 57ª WHA sustentou a criação de uma aliança internacional com o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

Conseqüentemente, em 2004 a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety - WAPS), que foi constituída pelas seguintes organizações internacionais: *The Commonwealth Fund, International Alliance of Patients' Organizations, International Council of Nurses, International Federation of Infection Control, International Federation for Medical and Biological Engineering, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, International Society for Quality in Health Care, World Health Professional Alliance, World Medical Association*, e pelas seguintes organizações nacionais de diversos países: *Agency for Healthcare Research and Quality, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Consumers Advancing Patient*

Safety, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ireland's Health Information and Quality Authority, The Joint Commission, National Patient Safety Agency, National Patient Safety Foundation. A WAPS tem a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente a nível mundial⁽¹⁵⁾.

Ao considerar que as evidências científicas são fundamentais para a redução da variabilidade das práticas e para a melhoria nos resultados de saúde, a WAPS estabeleceu desde a sua criação o Programa de Investigação para a Segurança do Paciente⁽¹⁶⁾, que tem como objetivos principais:

- Promover e divulgar pesquisas relacionadas à segurança do paciente a nível mundial;
- Contribuir para o estabelecimento de uma base científica necessária para o desenvolvimento de novas soluções e adaptações mais eficazes àquelas já conhecidas;
- Facilitar os avanços em relação a instrumentos e métodos de investigação, principalmente nos locais onde os dados e recursos são escassos;
- Promover o intercâmbio entre países, profissionais da saúde, pesquisadores e especialistas em segurança do paciente;
- Contribuir para o fortalecimento da capacidade de investigação sobre segurança do paciente, em especial nos países em desenvolvimento;
- Orientar a agenda de prioridades para investigação sobre segurança do paciente.

Concomitantemente, em função da necessidade de uma taxonomia internacional relacionada à Segurança do Paciente, a WAPS publicou, em 2009, a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), sendo categorizados 48 conceitos-chave com termos preferidos (mais utilizados) ou relacionados. Sua finalidade é facilitar a descrição, comparação, mensuração, análise e interpretação da informação relacionada à segurança do paciente; permitir a categorização de dados e informações sobre segurança para que profissionais da saúde, pesquisadores, gestores, políticos e grupos de defesa do paciente e do consumidor possam utilizá-los em estudos epidemiológicos e no planejamento de ações e políticas relacionadas à assistência em saúde; e contribuir para a elaboração de um plano mundial de estudos sobre segurança do paciente⁽⁷⁾.

Na CISP a *assistência em saúde* é definida como os serviços recebidos por indivíduos ou por comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde, e o *paciente*, por sua vez, é o receptor dessa assistência¹. A *Segurança do Paciente* define-se como a redução

¹ Na CISP utiliza-se o termo paciente em lugar de cliente, residente ou consumidor, apesar de se admitir a possibilidade de que muitos receptores da assistência em saúde, como uma gestante saudável ou um RN a ser vacinado, não sejam considerados pacientes ou não se vejam assim como tais.

do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde ao mínimo aceitável. O *dano* pode ser físico, social ou psicológico e caracteriza-se pelo prejuízo da estrutura ou função corporal, incluindo doença, ferimento, sofrimento, incapacidade e morte. Ao conceito de *sofrimento* estão relacionados - além da dor e depressão - a agitação, a ansiedade e o medo⁽⁷⁾.

Um *Incidente de Segurança* é o evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente e origina-se tanto de atos não intencionais como de atos intencionais. *Evento* é algo que acontece ou envolve um paciente, enquanto que *circunstância* é a situação ou fator que pode influenciar um evento. *Fator contribuinte* é a circunstância, ação ou influência que teve participação na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou, ainda, aumentou o risco de um incidente. Ele pode ser externo (ex: política legislativa), organizacional (ex: estrutura e processos de trabalho), relacionado aos profissionais (ex: comportamento, desempenho ou comunicação) ou ao paciente (ex: não-aderência ao tratamento)⁽⁷⁾.

As discussões relacionadas à temática da Segurança do Paciente ainda são bastante incipientes no Brasil. Tal fato pode ser atribuído a uma dificuldade de compreensão por parte dos envolvidos na assistência à saúde em relação ao aumento dos riscos assistenciais⁽¹⁷⁾. Os fatores que poderiam estar associados a esse problema seriam: a lógica de remuneração a médicos e estabelecimentos de saúde pelas fontes pagadoras, que não leva em conta os incidentes que resultam em mais gastos; a desatenção coletiva pela segurança do paciente, que não se vale do conhecimento e da experiência já adquiridos por outras empresas para adaptá-los ao ambiente hospitalar; a estrutura organizacional fragmentada com serviços desarticulados (falhas de comunicação e coordenação aleatória das ações assistenciais), que dificulta a identificação de incidentes de segurança; e a cultura punitiva que visa única e pontualmente castigar o responsável pelo incidente ao invés de criar mecanismos para compreender e, assim, prevenir possíveis circunstâncias que levariam à repetição dos mesmos erros^(17, 18).

Nas produções científicas brasileiras que abordam a Segurança do Paciente, identifica-se o predomínio da problemática que discute os danos relacionados a erros de medicação, quedas, cateteres, sondas, drenos e integridade da pele. Dentre as estratégias discutidas para a redução e prevenção desses danos está a utilização da prescrição médica eletrônica, dos códigos de barra, da dispensação e distribuição de medicamentos por dose unitária e das bombas de infusão. Outra medida sugerida é o boletim para notificação de eventos adversos. Como exemplo de outros países, a notificação sistemática dos eventos adversos é o primeiro passo para a identificação de fatores contribuintes para incidentes de segurança, que conduzirá

a mudanças na estrutura e nos processos da assistência em saúde, promovendo a segurança do paciente^(19, 20).

Além dos danos já comentados, convém refletir e pesquisar sobre outras circunstâncias que também podem se mostrar como fatores contribuintes para incidentes de segurança. A própria internação hospitalar, dado o ambiente estranho e solitário, é uma situação que pode levar ao sofrimento. Acrescentam-se ainda os diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que, não só podem causar sofrimento físico, mas também psicológico e emocional. É nesse ambiente de impessoalidade nas relações, em que o poder científico instituído anula qualquer subjetividade do paciente, que se visualiza a assistência ao processo de parto e nascimento na atualidade.

3.2 Segurança no processo de parto e nascimento

No Ocidente, até meados do século XVI, o parto era um evento de caráter íntimo e privado que ocorria no âmbito familiar, com a ajuda de outras mulheres. Mas, principalmente sob influência de duas escolas médicas (Londres e Paris), a nova obstetrícia levou os partos para dentro do ambiente hospitalar. As altas taxas de mortalidades materna e perinatal relacionadas a partos realizados por parteiras no domicílio, em associação com as descobertas de Pasteur sobre a transmissão de doenças infecto-contagiosas, foram decisivas para esse movimento^(1, 21).

Essas justificativas - que igualmente influenciaram o modelo americano de assistência ao parto, e, por sua vez, o modelo brasileiro - somadas à preocupação político-econômica de garantir um exército saudável de trabalhadores, contribuíram para que no Brasil o parto também fosse institucionalizado a partir de 1940. Acreditava-se que com essa medida seria possível garantir maior segurança para mães e recém-nascidos^(1, 2).

A institucionalização do parto teve como consequência a suposição de que as mulheres nessas condições deveriam ser consideradas como futuras doentes e passíveis de adoecer⁽²¹⁾. O parto, então, passou a ser entendido como uma patologia que necessitava de intervenções para evoluir de maneira adequada, e o corpo feminino percebido como algo defeituoso e incapaz de produzir bebês perfeitos sem a assistência tecnológica dos profissionais. Consequentemente, acompanhou-se uma rápida expansão no desenvolvimento e no uso de variadas práticas implementadas para iniciar e corrigir a dinâmica das contrações uterinas, assim como acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto⁽⁴⁾.

Esta concepção intervencionista e mecanicista fez com que o parto normal perdesse suas características fisiológicas, ou seja, de início e progressão espontânea, com o bebê nascendo a termo e de maneira espontânea⁽⁴⁾, passando a ser sinônimo de parto vaginal dirigido, em que normal diz respeito à norma/regularidade. Assim, é a mulher quem deve alinhar-se às normas e procedimentos previamente estabelecidos, independente do seu contexto sócio-cultural⁽²⁾.

No modelo biomédico, a mulher passa por uma série sucessiva de procedimentos normatizadores: afastamento da família, enema, tricotomia, restrição ao leito, restrição hídrica e alimentar, amniotomia, cateterização venosa, administração de ocitócitos, além dos exames vaginais repetidos e por mais de um profissional, muitas vezes sem a devida identificação. Quando o bebê nasce, o contato imediato entre mãe e filho é rápido ou inexistente, pois este também é introduzido no modelo fabril de atendimento e, por sua vez, deverá receber banho e medicações profiláticas, entre outros⁽¹⁾.

Além disso, a cesariana - que ao final dos anos 60 representou uma das mais importantes conquistas da obstetrícia moderna em relação à diminuição das chances de morte materna e neonatal - mostra-se hoje, em função de sua indicação sem critérios, associada a uma probabilidade até sete vezes maior de mortalidade materna se comparada ao parto normal⁽⁵⁾. Da mesma forma, as complicações com o RN decorrentes deste procedimento estão associadas a um aumento no número de internações em Unidades de Terapia Intensiva, cujos motivos principais seriam prematuridade, disfunção respiratória (hipertensão pulmonar persistente, taquipneia transitória do recém-nascido, pneumonia) e depressão respiratória com baixos escores de Apgar^(22, 23).

Em resposta à situação apresentada, a OMS e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) promoveram, em 1985, a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimentos, ocorrida em Fortaleza/BR, na qual foi produzido um relatório com recomendações, sendo publicado naquele mesmo ano na Revista *Lancet*. Em 1996, a OMS organizou uma nova força-tarefa constituída por *experts* de todas as partes do mundo e dos mais diferentes segmentos profissionais, assim como da sociedade civil organizada, para a atualização destas recomendações, sendo publicado e reproduzido mundialmente o guia com orientações para a assistência ao parto normal⁽²⁴⁾.

Esse documento, intitulado “Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático”, único até o presente momento, teve como fundamentação as metanálises da *Cochrane Collaboration* e outros estudos consistentes, onde foram seguidos critérios bastante rigorosos de medicina baseada em evidências⁽²⁴⁾. Nele estão elencadas as práticas

demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado⁽⁴⁾. Numa linguagem atual, considerando a questão da segurança no processo de parto e nascimento, poderia se depreender que as práticas demonstradamente úteis e as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes seriam equivalentes a práticas seguras e inseguras, respectivamente.

Dentre as práticas consideradas inseguras e que deveriam ser abolidas estão o enema, a tricotomia, a cateterização venosa profilática de rotina e o uso indiscriminado de ocitocina. Nas práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado pode-se destacar a restrição hídrica e alimentar, o controle da dor por agentes sistêmicos e/ou por analgesia peridural, exames vaginais repetidos e frequentes, parto operatório e uso liberal e rotineiro de episiotomia⁽⁴⁾.

Em relação às práticas seguras e que devem ser estimuladas, valoriza-se o apoio empático e o respeito à privacidade da mulher, o fornecimento de informações e a discussão com a paciente quanto à evolução do trabalho de parto, o favorecimento à presença do acompanhante, a implementação de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, a prevenção da hipotermia do RN, o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto⁽⁴⁾.

Nesta mesma perspectiva, em 2007 a OPAS publicou documento que ratifica o contato pele a pele prolongado entre mãe e RN e o incentivo ao aleitamento materno, e inclui o clampeamento tardio do cordão umbilical, como três práticas simples e de baixo custo que poderiam ser facilmente implementadas na assistência ao nascimento. Além de promoverem benefício imediato ao RN, ocasionam impacto a médio e longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, possivelmente afetando o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal⁽²⁵⁾.

Apesar de cientificamente sustentadas, as preconizações da OMS ainda hoje não alcançaram o impacto almejado⁽²⁴⁾. Estima-se que mais de dois milhões de mães e recém-nascidos, especialmente nos países em desenvolvimento, estão morrendo a cada ano em consequência de complicações do parto que poderiam ser evitadas. Por esse motivo, a saúde materno-infantil é uma das prioridades na agenda de pesquisa para a Segurança do Paciente⁽¹⁶⁾. De acordo com a WAPS, é fundamental compreender as causas que levam a

danos desnecessários, assim como identificar as barreiras que impedem a implementação das práticas recomendadas.

Em tempo, outros desafios se colocam, tais como a pouca disponibilidade de informações a respeito da assistência perinatal a nível mundial, bem como a ampla variação no modo de registrar os dados produzidos. Logo, os países que se propõem a essa investigação relatam dificuldades no sentido de identificar indicadores significativos e consistentes que possibilitem mensurar as ações implementadas para evitar morbimortalidades, assim como avaliar outros aspectos da segurança e qualidade na assistência materno-infantil.

Na União Europeia, um estudo que utilizou indicadores relacionados tanto às intervenções médicas quanto às medidas de suporte à paciente buscou compreender a situação da assistência perinatal nos 15 países membros. A análise comparativa incluiu, entre outros indicadores, o calendário da primeira consulta de pré-natal, a medicalização no trabalho de parto, o apoio profissional durante o trabalho de parto e parto, o tipo de parto, o local de nascimento (hospital/domiciliar, porte da maternidade), os nascimentos prematuros em maternidades sem UTI Neonatal e o incentivo ao aleitamento materno. O estudo concluiu que existe grande variabilidade na assistência prestada nos diferentes países e que ela se mostra bastante hospitalocêntrica e intervencionista⁽²⁶⁾.

Na Austrália, o *Australian Council on Safety and Quality in Health Care* desenvolveu indicadores, cuja finalidade foi auxiliar maternidades e profissionais de saúde a modificarem a prática clínica para o benefício de mulheres e recém-nascidos. Os dez indicadores básicos sugeridos incluem os períodos: *anterior ao parto* (aconselhamento para suspensão do tabagismo durante a gravidez), *intra-parto* (indução de trabalho de parto em primíparas; cesariana em primíparas; episiotomia em primíparas; lacerações de 3º e 4º grau em primíparas; partos vaginais espontâneos sem intervenções em primíparas) e *pós-parto* (Apgar menor ou igual a 6 no quinto minuto para bebês a termo; mortalidade neonatal; hemorragia pós-parto vaginal e apoio ao aleitamento materno)⁽²⁷⁾. No entanto, não foram encontrados estudos que utilizaram esses indicadores para avaliar a segurança na assistência materno-infantil naquele país.

Nesse intento que busca modificações na assistência ao parto e nascimento, pode-se inferir que a cultura tecnocrática intervencionista se apresenta como um dos grandes obstáculos. Publicações americanas e canadenses evidenciam a consciência de profissionais, conselhos e instituições quanto aos danos decorrentes das intervenções médicas neste processo^(28, 29). Contudo, o conceito biomédico de parto normal ainda norteia as iniciativas

relacionadas à segurança, que nada mais fazem do que validar intervenções como a indicação de ocitocina para indução e monitoramento do trabalho de parto, o parto cesáreo e a analgesia. Os guias e protocolos procuram orientar a condução mais adequada das práticas intervencionistas, com vistas a minimizar os danos e, subliminarmente, prevenir prejuízos financeiros^(10, 30-33).

3.3 A humanização como política pública brasileira para garantir a segurança no processo de parto e nascimento

O conceito de humanização é considerado polissêmico, pois contempla diferentes significações⁽³⁴⁾. No que se refere ao processo de parturição, está associado a uma assistência baseada em evidências científicas, devendo a prática ser orientada pelo uso de tecnologia apropriada e pelo respeito à fisiologia do processo. Igualmente, legitima a defesa dos direitos da mulher, recém-nascido e família na assistência ao parto, garantindo um cuidado que promova o parto seguro, assim como a participação da paciente nas decisões sobre sua saúde e a inclusão do acompanhante neste acontecimento. Neste sentido, também promove um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores participantes no cenário do parto, com melhora na relação profissional-paciente^(35, 36).

Uma contribuição fundamental para o início do movimento de humanização na atenção ao parto e nascimento no Brasil foi a atuação de Organizações Não Governamentais (ONGs) como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que, dentre seus feitos, na sua fundação, em 1993, promoveu um encontro nacional – congregando representantes de movimentos feministas, de direitos humanos, de maternidades, de universidades e de instituições públicas – no qual foi redigida a “Carta de Campinas”. Este documento denunciava as circunstâncias de violência e constrangimento a que mulheres e recém-nascidos eram submetidos na assistência ao parto e nascimento⁽³⁷⁾.

A demanda por mudanças exigida por esses grupos sociais e a publicação das recomendações da OMS sobre tecnologias para a atenção ao parto e nascimento⁽⁴⁾ tencionaram o posicionamento e a participação do governo no estímulo ao parto normal. Mediante parceria com a sociedade civil e com o Conselho Federal de Medicina, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 1997 a campanha “Natural é parto normal”. Já em 1998, com o intuito de reduzir as taxas de cesárea no país, o MS emitiu portarias para elevar o valor da remuneração do parto vaginal, instituir o pagamento da analgesia para o parto e coibir o abuso das cesáreas no SUS⁽³⁷⁾.

No ano de 2000, numa parceria do MS com conselhos e associações médicas e de enfermagem das áreas obstétrica e neonatal, foram publicadas normas técnicas relacionadas à atenção ao pré-natal, urgências e emergências obstétricas e gestação de risco, além da tradução para o português do guia de recomendações da OMS para a assistência ao parto normal. Nesta mesma época, em consonância com as preconizações da OMS, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁽³⁸⁾.

O PHPN teve como diretrizes norteadoras a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher. Seu propósito foi reorganizar a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, ampliando o acesso e garantindo a qualidade e continuidade do atendimento (pré-natal/parto/puerpério). Ao reconhecer a individualidade da mulher, o PHPN propõe o estabelecimento de um vínculo entre esta e o profissional de saúde, favorecendo uma relação de respeito, na qual o profissional, ao invés de comandar a situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam segurança para a mãe e o bebê, por meio do uso criterioso das tecnologias disponíveis^(1, 38).

Com o intuito de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para essa nova proposta de atenção ao parto e nascimento, o MS promoveu, durante o ano de 2004, diversos seminários em todos os estados brasileiros. Foram debatidos temas relacionados às práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas; assistência às principais causas de óbito materno (eclampsia, hemorragia e infecção); prevenção da transmissão vertical do HIV, hepatite e sífilis; assistência ao recém-nascido normal e de risco; entre outros. Ainda em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁽³⁷⁾.

Levando-se em conta que o parto cesáreo mal indicado é um fator contribuinte para a mortalidade materna e neonatal, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em fins de 2004, iniciou uma discussão sobre as elevadas taxas de partos cirúrgicos no setor suplementar de saúde no Brasil. Neste sentido, a ANS vem dialogando com os representantes deste setor, com vistas a reduzir a proporção de cesarianas e implementar estratégias para melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Dentre elas, destaca-se a inclusão da obrigatoriedade de cobertura, por parte das operadoras de planos de saúde, de um acompanhante durante o parto⁽³⁾.

A inclusão do acompanhante também passou a ser obrigatoriedade em todos os hospitais brasileiros a partir da promulgação da Lei 11.108/05, conhecida como “Lei do Acompanhante”, projeto da Senadora Ideli Salvatti baseado em proposições da ReHuNa. Esta medida, que tem como finalidade resgatar a dimensão familiar e sócio-cultural do processo de parturição e possibilitar um suporte emocional à mulher, garante que ela tenha como

acompanhante uma pessoa de sua escolha durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto⁽³⁹⁾.

Ainda nesta direção, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) – que tem como competência a regulamentação, controle e fiscalização de produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública⁽⁴⁰⁾ - estabeleceu em 2008 os padrões para o funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36/2008 - com base no que é preconizado pela OMS e em evidências científicas que visam à redução de riscos ao usuário e ao meio ambiente, normatizou a construção e organização de ambientes para a assistência ao parto e nascimento. No seu texto, a RDC 36/2008 retoma considerações importantes a respeito da privacidade da mulher, do direito ao acompanhante, do contato pele a pele entre mãe-bebê e inclui a questão do ambiente acolhedor ao parto, no qual a luminosidade, a temperatura e os ruídos devem ser controlados. Foram definidos os prazos de 6 meses para adequação dos processos de atenção, deixando flexível a adaptação da estrutura, para a oportunidade de reformas ou ampliações dos estabelecimentos⁽⁴¹⁾.

Considerando o que foi apresentado, infere-se que a temática da humanização na assistência ao parto e nascimento desenvolvida no Brasil é consoante com o referencial de Segurança do Paciente, pois ao valorizar as práticas baseadas em evidências científicas, o respeito à dignidade e às necessidades da mulher e um ambiente agradável à mãe e ao recém-nascido, propõe circunstâncias seguras de cuidado.

Observando-se os trabalhos publicados até o momento, é clara a preocupação com a assistência humanizada ao parto e nascimento, com o debate de questões relacionadas à participação da mulher no parto, à presença do acompanhante, ao contato pele a pele, entre outros. Contudo, não foram encontradas referências que abordem a questão da segurança da assistência em saúde associada a essa problemática. Visando suprir esta carência, esse trabalho se insere como mais uma possibilidade de ampliar a discussão a respeito da melhor assistência ao parto e nascimento.

4 METODOLOGIA

A seguir apresenta-se a metodologia utilizada na pesquisa.

4.1 Tipo do estudo

Este trabalho trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa possibilita o conhecimento aprofundado de um evento com a obtenção de detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio dos métodos de pesquisa quantitativos⁽⁴²⁾. As técnicas utilizadas na pesquisa qualitativa permitem, entre outros, o registro do comportamento não-verbal e o recebimento de informações não esperadas, porque não seguem necessariamente um roteiro fechado⁽⁴³⁾.

Na pesquisa qualitativa, os estudos descritivos buscam descrever e elucidar a importância, o significado e a forma como se apresenta o fenômeno. Já os estudos exploratórios procuram, além de observar e descrever o fenômeno, explorar suas dimensões, a forma como se manifesta e os fatores com os quais se relaciona. Dessa maneira, os estudos exploratórios possibilitam um foco mais amplo para a investigação de fenômenos e processos complexos e pouco conhecidos, especialmente quando envolvem realidades sociais com processos subjetivos⁽⁴⁴⁾.

4.2 Local de realização do estudo

O local do estudo foi o Centro Obstétrico (CO) da Linha de Cuidado Mãe-Bebê do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que é integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e trata-se de um hospital geral, público, de grande porte, localizado no município de Porto Alegre/RS.

Sendo o HNSC um hospital de ensino, a LCMB se constitui em campo de estágio para alunos da graduação do curso de medicina e, eventualmente, de enfermagem. Possui residência médica em Obstetrícia e Pediatria e já foi campo de estágio para o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

O Centro Obstétrico da LCMB possui 2 consultórios, 1 sala de pré-parto (composta por 6 leitos de observação e 7 leitos para trabalho de parto), 1 sala para curetagem uterina, 2

salas para parto cesáreo e 3 salas para parto normal. Cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite I e noite II) conta com 2 enfermeiras obstétricas e 12 técnicas de Enfermagem. Os médicos obstetras e pediatras se revezam em plantões de 12 horas, sendo 4 e 2 profissionais por plantão, respectivamente. Além disso, fazem parte da equipe 2 residentes em Obstetrícia, 1 residente em Pediatria e 2 estagiários de medicina (1 da Obstetrícia e 1 da Pediatria).

A organização do atendimento às mulheres em trabalho de parto segue um fluxo determinado. Inicialmente, a mulher realiza uma consulta com o obstetra na sala de admissão e, após confirmação do trabalho de parto, é internada e transferida para a sala de pré-parto, a qual se caracteriza por um ambiente amplo e sem divisórias. Nesta sala, durante todo o trabalho de parto, a paciente é submetida a uma rotina de exames, toques e medicações. A Enfermagem, além do apoio pela presença constante, também convida a paciente a realizar os métodos não farmacológicos que possam aliviar os desconfortos desse processo, tais como hidroterapia, caminhada, bola suíça e massagem. Próximo ao período expulsivo, a mulher é transferida rapidamente de maca para a sala de parto.

A presença de acompanhante é permitida durante a consulta obstétrica e no nascimento do bebê na sala de parto. No pré-parto, a entrada do acompanhante era proibida até bem pouco tempo atrás. Em função da política de humanização do parto e nascimento e da Lei do Acompanhante, de uma maneira geral, o acompanhante é estimulado a permanecer junto à paciente durante o período de trabalhado de parto. Eles são convidados a se retirar na passagem de plantão da Enfermagem e durante os exames e procedimentos dos obstetras e residentes. Enquanto a área física da unidade não se ajusta às orientações da RDC 36/2008, a privacidade das pacientes e seus acompanhantes é preservada por meio da utilização de biombos.

3.3 Inserção no campo de estudo

A pesquisadora é funcionária da instituição há aproximadamente dez anos, sendo que nos primeiros 4 anos exerceu a função de enfermeira substituta de férias e folgas. Por esse motivo, atuou em todas as unidades que compõem a LCMB, dentre elas o CO. Atualmente, a pesquisadora é enfermeira responsável pela equipe de Enfermagem do turno da manhã na Unidade Neonatal da LCMB.

Para que o estudo fosse executado, inicialmente realizou-se uma reunião com a Coordenação da LCMB, em que foi apresentado o objetivo da pesquisa e a metodologia a ser utilizada. Após a Coordenação da LCMB ter assinado o Termo de Concordância com a

pesquisa (exigência do comitê de ética do hospital), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do HNSC (CEP-HNSC) e à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS.

4.4 Participantes do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde que atendem ao binômio mãe-bebê no CO da LCMB.

Nesse estudo foram considerados membros da equipe de saúde: obstetra, pediatra, residente em Obstetrícia, enfermeiras e técnicas de Enfermagem. Os residentes em Obstetrícia foram incluídos porque atuam ativamente no processo de parto e nascimento, enquanto que os residentes em Pediatria e os estagiários de medicina têm aparições esporádicas nas cenas de parto e, por esse motivo, não foram considerados nas observações.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da observação. Na pesquisa qualitativa, observar significa perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador⁽⁴⁵⁾. Esta observação é voltada para a descrição de uma problemática previamente definida, onde o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não-verbal, a sequência e a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos⁽⁴³⁾.

Neste estudo a observação foi do tipo naturalista, a qual é realizada no ambiente natural, ou seja, no ambiente em que ocorre o evento. Este tipo de observação não procura manipular, modificar ou mesmo limitar o meio ou os comportamentos dos participantes. Neste propósito, observa-se e registra-se o que efetivamente ocorre⁽⁴⁶⁾.

Considerando que neste centro obstétrico, durante o segundo período clínico do parto, a paciente é transferida da sala de pré-parto para a sala de parto, e é neste local que o bebê nasce, este foi o cenário escolhido para a observação.

Mediante uma ficha de observação (APÊNDICE A), a pesquisadora realizou observações das cenas de parto, considerando os elementos que constituem como fatores de segurança ao binômio mãe-bebê durante o parto e nascimento. Nas observações, se atentava para a comunicação verbal e não-verbal da equipe com a paciente e seu acompanhante, a comunicação interpessoal e a recepção do recém-nascido, que incluiu ambiente adequado,

contato pele a pele e estímulo à amamentação. Inicialmente, foram necessários alguns ajustes no instrumento de coleta para facilitar os registros, que ocorriam durante a observação.

O tempo de cada observação foi em torno de trinta minutos à uma hora. Observou-se 5 partos em cada turno de trabalho, totalizando 20 observações. Foram observados os partos por via vaginal, com ou sem analgesia, cuja Idade Gestacional (IG) estimada correspondesse a ≥ 37 semanas e que o feto não apresentasse indícios de necessidade de reanimação neonatal. As pacientes poderiam estar ou não acompanhadas. Os partos cesáreo e os partos de RN prematuros (IG ≤ 37 semanas) ou com malformações congênitas não foram observados, pois se considera que essas situações prevêm um maior número de intervenções, nas quais a segurança do binômio poderia ser mais difícil de ser avaliada e também a dinâmica do processo de trabalho se altera.

Os profissionais observados foram identificados da seguinte maneira: O – obstetra; R – residente em Obstetrícia; P – pediatra; E – enfermeira e T – técnica de Enfermagem. Nas situações em que havia mais de um representante da mesma categoria, estes foram identificados com algarismos numéricos (exemplo: R1, R2; T1, T2, T3). As observações foram identificadas no final de cada recorte ilustrativo com seu respectivo número (exemplo: O12, O16).

O período em que ocorreu a coleta dos dados foi entre os meses de março e julho de 2010.

4.6 Considerações éticas

Os preceitos bioéticos foram respeitados e seguidos de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁷⁾. O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. A coleta de dados iniciou somente após o parecer probatório (nº10-001) do CEP-HNSC.

De posse do parecer probatório, a pesquisadora realizou a abordagem direta de todos os possíveis participantes para explicar o propósito da pesquisa e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que se apresentou em duas vias, ficando uma delas com a pesquisadora e a outra com o participante. Nesta oportunidade foi elucidado que a participação era de caráter voluntário, que a decisão de não

participar não causaria nenhum tipo de prejuízo nas suas atividades profissionais e que estaria assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações.

Quando a pesquisadora chegava ao CO para realizar as observações, inicialmente conferia se todos os profissionais presentes naquele plantão já haviam concordado em participar da pesquisa e assinado o TCLE. O profissional que ainda não soubesse da pesquisa era convidado a participar, conforme procedimento já descrito. Todos os profissionais abordados concordaram em participar da pesquisa e demonstraram bastante interesse em relação aos possíveis resultados.

4.7 Análise dos dados

A abordagem utilizada para organização e análise dos dados obtidos foi a análise temática proposta por Minayo⁽⁴⁸⁾, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, num dado contexto, tenham algum significado que alcance responder ao objeto de pesquisa.

Sendo que a análise temática segue uma sequência de três etapas⁽⁴⁸⁾, a análise dos dados ocorreu da seguinte maneira:

- Pré-análise: na qual se fez a transcrição dos registros das fichas de observação e posterior leitura exaustiva, com a finalidade de impregnação do conteúdo; a organização do material de maneira que pudesse responder aos critérios de validade (pertinência, representatividade, exaustividade e homogeneidade) dos documentos, para a determinação das unidades de registro e dos recortes.
- Exploração do Material: momento em que se pretendeu encontrar o núcleo de compreensão do texto, identificando as unidades de registro, que poderiam ser palavras, frases, temas, personagens ou acontecimentos. Estas unidades de registro foram classificadas e agregadas por semelhanças e divergências e, subsequentemente, agrupadas em categorias pertinentes à temática proposta no estudo.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, os dados gerados nas fases anteriores foram retomados para aprofundamento das categorias. A partir daí, foram realizadas inferências e interpretações orientadas conforme o referencial teórico utilizado e evidências emergentes no processo investigativo.

Após o percurso das três etapas descritas, obtiveram-se quatro categorias temáticas que discutem a atuação da equipe de saúde frente à segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento, as quais serão apresentadas a seguir.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Caracterização das cenas de parto

Os dados que possibilitaram a caracterização das cenas de parto foram levantados nos prontuários, com exceção aos métodos não farmacológicos para alívio das dores do parto que, por não estarem registrados, foram indagados às pacientes somente em um momento posterior ao nascimento. O tempo de trabalho de parto foi considerado a partir do momento da internação no Centro Obstétrico. As cenas de parto estão caracterizadas conforme Tabela 1.

Pode-se constatar que a implementação de métodos não farmacológicos para alívio das dores do parto não é uma constante nesta unidade. Identificam-se pacientes entre 4 e 10 horas de trabalho de parto que não receberam nenhum desses confortos. Contudo, também se encontra uma paciente que não quis realizá-los. É possível supor que essa situação esteja baseada no paradigma biomédico que influencia não apenas as ações dos profissionais da saúde como o senso comum. Pressupõe-se que a sociedade, e a mulher por sua vez - por desconhecimento ou descrença - não reconheçam os benefícios de qualquer outro método alternativo à medicalização. Esta assertiva aponta para a carência de informações da sociedade em geral, que exige um empenho educativo não só da mídia informativa quanto dos próprios serviços de assistência à saúde.

Ao mesmo tempo em que se identifica na equipe um movimento para a humanização da assistência ao parto com a introdução dos métodos não farmacológicos, nota-se a manutenção de práticas bastante intervencionistas, como a analgesia, a episiotomia e o uso do fórceps. Estas condutas, que foram vistas com frequência nas cenas de parto, estão muito presentes na rotina assistencial do CO. Conforme dados fornecidos pelo sistema informatizado da LCMB, no ano de 2010, 32% dos partos vaginais foram com analgesia e em 58% deles foi realizada a episiotomia. Os dados são preocupantes, pois estas intervenções têm indicação restrita pela literatura, uma vez que estão associadas a inúmeros danos tanto à mãe quanto ao bebê^(8, 49-51). Considerando que este local é campo de estágio para a residência em Obstetrícia, acredita-se que a necessidade de aprendizagem médica possa estar contribuindo para a elevada frequência de tais procedimentos.

A equipe do CO que atende a mulher no momento do nascimento consta geralmente de um obstetra e/ou um residente em Obstetrícia, duas técnicas de Enfermagem e um pediatra. A enfermeira nem sempre está presente nos partos. Uma das possíveis explicações para esta ausência pode estar relacionada ao número restrito de enfermeiras para suprir todas as

demandas do CO, o qual atende em média 450 nascimentos/mês. Além disso, em função do hospital ser referência para gestações de risco, as enfermeiras priorizam a assistência aos partos que necessitem de um conhecimento especializado, como o nascimento de bebês prematuros, deixando os partos que evoluem sem complicações aos cuidados das técnicas de Enfermagem e dos outros membros da equipe.

O acompanhante esteve presente em pouco mais da metade do número de cenas de parto observadas. Embora o companheiro tenha sido a escolha mais frequente das pacientes, percebe-se que outras pessoas, como a mãe e a tia, também participam desse momento. Esta evidência torna-se relevante, pois está de acordo com as preconizações da OMS e da Lei do Acompanhante, que orientam o incentivo à presença de uma pessoa significativa, da escolha da mulher, que possa lhe dar o apoio emocional necessário durante esse período. A ausência de acompanhante e a recusa do companheiro em participar do parto e nascimento indicam a necessidade de investigações a respeito do apoio familiar e social que a mulher da atualidade vem recebendo.

No que diz respeito à atuação da equipe de saúde em relação à segurança do binômio mãe-bebê durante o parto e nascimento, a análise dos dados coletados mediante as observações possibilitou elencar quatro categorias temáticas, tendo como base o conceito de Segurança no Parto e Nascimento definido neste estudo: apoio empático como estratégia de comunicação terapêutica; acolhimento e respeito ao acompanhante de escolha da paciente; contato pele a pele implementado como rotina versus cuidado seguro; o ambiente, as necessidades da equipe e a adaptação do RN ao novo mundo.

Tabela 1 - Caracterização das cenas de parto.

Nº	MNFAD*	ANALGESIA	EPISIO	FORCEPS	TEMPO TP**	ACOMPANHANTE	EQUIPE
01	banho, apoio	não quis	sim	sim	5hs	mãe	1 obstetra, 1 residente, 2 téc. Enf., 1 pediatra
02	caminhada, bola	sim	sim	sim	8hs	tia	1 obstetra, 1 téc. Enf., 1 pediatra
03	caminhada, banho, bola, apoio	sim	sim	sim	10hs	companheiro	2 obstetras, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
04	não	sim	sim	sim	5hs	mãe	1 residente, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
05	não	não	sim	não	10hs	companheiro não quis participar	1 residente, 1 obstetra, 3 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
06	não quis	não	não	não	4hs	sem acompanhante	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
07	não	não	sim	não	4hs	sem acompanhante	2 residentes, 2 téc. Enf., 1 pediatra
08	não	não	não	não	2hs	mãe	1 residente, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
09	não	não	não	não	2hs	companheiro	2 residentes, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 pediatra
10	banho, bola, caminhada, massagem	sim	sim	não	16hs	companheiro	1 residente, 1 obstetra, 3 téc. Enf., 1 pediatra
11	não	não	não	não	2hs	companheiro não quis participar	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
12	apoio	sim	não	não	9hs	sem acompanhante	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 pediatra
13	apoio	não	sim	não	3hs	sem acompanhante	1 residente, 3 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
14	apoio	não	sim	não	7hs	mãe	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 pediatra
15	apoio, banho	sim	sim	sim	16hs	sem acompanhante	2 residentes, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 pediatra
16	apoio, banho bola, caminhada	sim	sim	sim	8hs	companheiro	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra
17	apoio, banho	sim	sim	não	8hs	sem acompanhante	1 residente, 1 obstetra, 2 téc. Enf., 1 pediatra
18	apoio	não	sim	não	5hs	sem acompanhante	1 residente, 3 téc. Enf., 2 pediatra
19	não	não	sim	não	4hs	companheiro	1 residente, 3 téc. Enf., 2 pediatra
20	banho, caminhada, massagem	sim	sim	não	4hs	companheiro	1 residente, 2 téc. Enf., 1 enfermeira, 1 pediatra

* MNFAD: métodos não farmacológicos para alívio das dores do parto.

** TP: trabalho de parto.

Fonte: elaborada pela autora.

5.2 Apoio empático como estratégia de comunicação terapêutica

As cenas de parto observadas nesta pesquisa possibilitaram identificar em muitos integrantes da equipe de saúde modos de agir que demonstram o desenvolvimento do apoio empático. Esta prática trata-se de uma habilidade de comunicação terapêutica, que tem como foco a mulher em trabalho de parto e as suas necessidades^(1, 4, 52). Nesta relação de cuidado, o profissional necessita compreender afetivamente os sentimentos e desconfortos da paciente e, desse modo, transmitir este reconhecimento de maneira que ela se sinta compreendida, segura e autoconfiante^(52, 53). Neste estudo, o apoio empático foi expresso ao chamar a paciente pelo nome, pelo tom de voz calmo utilizado nas orientações e informações, pelo toque afetivo e pela presença amigável.

Em dezessete observações, exemplificadas a seguir, notou-se que a equipe de saúde chamou a paciente pelo nome. Esta constatação mostra uma tendência em superar o uso frequente da expressão “mãezinha”, que homogeniza o atendimento e reduz a mulher unicamente ao seu papel social de mãe⁽⁵⁴⁾.

T – chama paciente pelo nome; orienta com voz calma e pausada. [O2]

E e T – voz calma, chamam paciente pelo nome. [O3]

R – chama paciente pelo nome, estimula positivamente a fazer força. [O7]

E – chama paciente pelo nome, auxilia a se posicionar na mesa obstétrica. [O8]

R – chama paciente pelo nome e explica que vai higienizar o períneo e fazer a episiorrafia. [O13]

R – chama pelo nome, explica o que está fazendo e vai orientando os cuidados que ela deve ter com a episiorrafia. Pergunta se está sentindo dor e aplica mais anestesia no períneo. [O14]

T1 – orienta, estimula a fazer força, chama paciente pelo nome, fala baixo. [O18]

Ao chamar a paciente pelo nome, o profissional de saúde a identifica e destaca como pessoa, emitindo-lhe a mensagem de que ela é alguém importante e único para a equipe naquele momento de encontro⁽⁵⁵⁾. Esse processo de individuação, no qual uma pessoa se destaca com singularidade no grupo social, com papel específico e talvez único⁽⁵⁶⁾, contribui para o resgate da percepção da mulher de que ela é importante para o nascimento do seu filho, assim como é uma iniciativa de convidá-la a participar do acontecimento em que o papel principal lhe pertence de direito.

Contudo, isoladamente, o ato de chamar a paciente pelo nome não é suficiente para que ela se sinta encorajada a atuar. Tendo em vista a concepção da sociedade moderna de que o parto é um evento médico, necessitando de intervenções tecnológicas e de pessoas capacitadas para ser bem sucedido, as mulheres são, muitas vezes, convencidas quanto à sua impotência⁽⁵⁷⁾. Consequentemente, buscam a instituição hospitalar não para parir, mas para que alguém “com competência” faça o parto por elas. É possível afirmar que muitas vezes, a mulher em trabalho de parto possa não entender o que está acontecendo com seu corpo e não saber o que fazer nesta situação, principalmente quando é o seu primeiro parto.

Com efeito, o profissional que desenvolveu sensibilidade para apreender e compreender o significado da experiência vivida pela mulher consegue responder melhor às suas necessidades⁽⁵⁸⁾. Nesta direção, constatou-se em várias cenas de parto que pelo menos um membro da equipe agiu de forma empática ao perceber as angústias da paciente e comunicar-se efetivamente, ou seja, falou o que e como ela necessitava ouvir. Os trechos das observações a seguir exemplificam a qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais e as pacientes.

T – olha nos olhos da paciente, orienta como fazer força; com calma, pergunta se a paciente entendeu; explica o motivo de segurar o ar e fazer força. [O1]

E – com voz calma e tranquila, orienta paciente a fazer força e explica que vai ajudá-la. [O4]

P – se apresenta e diz que vai cuidar do bebê quando ele nascer; explica que irá colocá-lo sobre o colo da mãe (...) tranquiliza a paciente que RN está muito bem; chama a atenção dela para a beleza do bebê e explica os procedimentos que serão feitos com ele posteriormente. [O6]

O – explica para paciente que a contração está um pouquinho curta e por isso o nascimento está demorando (...) estimula paciente a fazer uma última força com maior intensidade. [O10]

E – orienta paciente a ficar tranquila; elogia seu esforço (...) posiciona a mesa obstétrica para que a paciente fique mais confortável com o RN. [O11]

R – realiza toque vaginal na paciente e explica que ainda não tem dilatação completa, informa que vai auscultar o coração do bebê (...) estimula paciente a fazer força e diz que na próxima contração o “Vitor” vai nascer. [O12]

T2 – explica que vai fazer uma injeção na perna da paciente para auxiliar na contração uterina. [O16]

R – fala calmamente com paciente e a orienta como fazer força; encoraja paciente a enfrentar este momento. [O18]

T1 - A paciente está muito feliz com o RN e fala dos outros filhos, enquanto T1ouve sorridente; [O18]

R – elogia o esforço da paciente e estimula para que continue. [O19]

Nas observações descritas identifica-se a preocupação dos profissionais em tranquilizar a paciente, confirmada pelas explicações de como estava evoluindo o trabalho de parto, dos procedimentos que estavam sendo realizados, além das frequentes orientações, com voz calma e em volume baixo, de como fazer a força adequada para o bebê nascer. Outro ponto a ser destacado foi a valorização do esforço da paciente salientada pelos elogios e o estímulo a continuar participando.

As atitudes observadas nos sujeitos deste estudo demonstram consciência da importância do apoio empático e corroboram com os achados de Aguiar⁽⁵⁴⁾, onde os profissionais reconhecem que a falta deste poderia influenciar negativamente na formação do vínculo imediato mãe-bebê, na amamentação e na posterior relação mulher-companheiro. Igualmente, coadunam com os achados de Carraro⁽⁵⁹⁾ em que a atenção, o conforto, a paciência e a presença da equipe foram fundamentais para potencializar o poder vital das mulheres.

Outro comportamento observado neste estudo foi o toque afetivo desempenhado por alguns membros da equipe. O toque afetivo se diferencia do toque instrumental por ser uma ação espontânea, que demonstra apoio, conforto e proximidade com a paciente⁽⁶⁰⁾. Os fragmentos de observações a seguir mostram que alguns profissionais se utilizam do toque afetivo como mais uma estratégia de comunicação para o estabelecimento de uma relação empática.

T – toca na paciente com carinho. [O1]

E – faz massagem relaxante na paciente. [O3]

E – toca com carinho na paciente e diz que ela está indo muito bem. [O4]

T1 – toca na paciente e calmamente orienta como fazer força durante as contrações. [O7]

E – segura na mão da paciente com ternura, a qual corresponde ao segurar a mão da enfermeira com suas duas mãos, demonstrando estar aliviada com o resultado do parto. [O8]

T1 – toca no ombro e na cabeça da paciente; (...) auxilia ela a ficar mais confortável na mesa obstétrica. [O10]

T2 – abana a paciente, que está com calor. [O15]

O toque afetivo configura-se em uma manifestação não verbal do apoio empático, por meio do qual o profissional transmite à paciente a mensagem de que ela não está

sozinha, promovendo conforto e reduzindo a ansiedade^(61, 62). Além disso, gestos como massagear ou abanar a paciente reafirmam a presença amigável da equipe.

Convém, no entanto, ressaltar que esta atitude esteve presente em alguns integrantes da equipe, em especial enfermeiras e técnicas de Enfermagem. Considerando que no segundo período clínico do parto a paciente é transferida para a sala de parto e este é o primeiro momento que a equipe deste local tem contato com ela, pode-se inferir que determinados profissionais não se sintam à vontade em tocá-la, pois ainda não estabeleceram uma relação que para eles demandaria um tempo maior de convivência e interação, inclusive no sentido de identificar a receptividade dessa paciente ao toque^(61, 63).

Porém, é importante lembrar que esta consideração também se aplica à paciente, acrescida ao fato de que ela se encontra em um ambiente que não é o seu, tornando-a ainda mais vulnerabilizada e carente de apoio. Nesta circunstância, é possível supor que o referencial de cuidado da Enfermagem possa amparar a enfermeira no entendimento de que esta paciente precisa ser cuidada e compreendida em suas necessidades psicoemocionais e assim, tenha consciência de que neste momento o toque afetivo seria uma estratégia de comunicação que transmitiria o apoio e o conforto exigidos.

Do mesmo modo, refletindo sobre o toque afetivo realizado pela técnica de Enfermagem, presume-se que a experiência profissional no cuidado à mulher em processo de parturição tenha lhe possibilitado associar à prática técnica a preocupação em relacionar-se com a paciente para além do procedimento instrumental, desempenhando por meio do toque demonstrações de atenção, interesse e sentimento⁽⁶³⁾. Além disso, pressupondo que o toque afetivo é uma dimensão da empatia e que esta é uma habilidade de comunicação aprendida e desenvolvida, tanto pela instrução quanto pela observação de modelos⁽⁵²⁾, acredita-se que os cursos de sensibilização, assim como os exemplos de conduta desempenhados pelas enfermeiras no cotidiano do cuidado possam ter colaborado para o comportamento observado nas técnicas de Enfermagem.

Os achados desta pesquisa demonstram que, por meio do apoio empático, alguns membros da equipe estão promovendo circunstâncias seguras de cuidado, uma vez que as evidências científicas apontam que as mulheres em processo de parto que receberam esse tipo de suporte emocional (presença, escuta, segurança, afirmação) necessitaram de menos intervenções e tiveram uma experiência positiva com seu parto, repercutindo inclusive no estabelecimento do vínculo mãe-bebê^(59, 64).

Todavia, em oposição ao apoio empático, foi observado que determinados profissionais optam por manterem-se alheios aos sentimentos e necessidades da paciente. Agindo com impessoalidade, passam a impressão de pouco interessados, insensíveis e mecânicos, cujo foco é concluir o procedimento “parto”⁽⁵²⁾. Nos recortes a seguir é possível identificar esta postura.

O1 - diz para a paciente que ela não pode rebolar na mesa obstétrica, diz que ela deve ficar retinha e fazer força. [O3]

O – com voz alta e firme fala com a paciente: “Vê se você procura encher bem o pulmão de ar e fazer força”. (...) diz para a paciente fazer força com raiva. (...) Cobra da paciente: “Vamos lá, força! Tô esperando aqui! Vamos lá!” [O4]

T1 – nervosa com a quantidade de partos ao mesmo tempo, fala com impaciência com a paciente, solicitando que se arrume rápido na mesa obstétrica (...) palpa o abdômen da paciente e orienta a fazer força. Quando passa a contração, se afasta da paciente para executar outros procedimentos burocráticos. [O15]

O – entra na sala sem fazer nenhum comentário, palpa o abdômen da paciente e pergunta ao residente como está a situação (...) solicita o fórceps chamando pelo nome científico. Paciente não faz ideia do que ocorre (...) se retira da sala assim que o bebê nasce. [O16]

O – pede para paciente não gemer e não ficar falando que dói, pois assim perde a força. [O17]

P1 – fala com voz enérgica e pede para paciente fazer força. Ressalta que ela já teve outros filhos, então já sabe como deve fazer. [O18]

Em um estudo que objetivou investigar a violência institucional nas maternidades públicas, Aguiar⁽⁵⁴⁾ discute que a falta de solidariedade com a dor e o sofrimento da paciente poderia estar relacionada à própria dificuldade que alguns profissionais têm em lidar com questões complexas e conflituosas como dor, morte, sofrimento e corpo alheio. Aguiar⁽⁵⁴⁾ também aponta a segmentação do processo de trabalho, onde cada um executa uma parte do todo, como um agravante para a alienação do trabalhador quanto à sua participação na totalidade do cuidado em saúde, resultando em impessoalidade e descomprometimento.

Embora determinados comportamentos possam estar relacionados a dificuldades pessoais, chamou a atenção a maneira utilizada por estes profissionais para se comunicar com a paciente. Foi possível observar certa impessoalidade, banalização e automação da comunicação, distanciamento e pouca importância à mulher como sujeito do ato de parturição. Diante disso, questiona-se: como deve se sentir uma mulher à qual é dito que ela está “rebolando” na mesa obstétrica ao invés de fazer força, ou que ela deve fazer força

“com raiva” para que seu filho nasça? O que pode significar para essa mulher a associação da força com a raiva na hora de parir seu filho?

Aparentemente, os profissionais que agem dessa forma julgam que em determinados momentos é necessário comunicar-se com maior rispidez com a paciente, uma vez que isso é entendido por eles como uma ação para o bem dela e do bebê e não como uma violência institucional⁽⁵⁴⁾. Além disso, existe um temor por parte dos médicos de que, ao serem empáticos, se distanciem da técnica existente na identidade médica, evidenciando uma falta de profissionalismo. Embora a categoria médica considere a empatia um adjuvante ao tratamento e manejo do paciente, a técnica é soberana na sua percepção⁽⁶⁵⁾. Sendo assim, não surpreende que um médico entre na sala de parto, realize toque vaginal na paciente, aplique um fórceps para extrair o bebê e saia da sala sem emitir uma palavra. O que e como a mulher interpreta essa situação não faz parte de reflexões por um número de profissionais que acredita que a técnica deva superar o humano.

Em se tratando de Segurança do Paciente nesse momento, a observação também possibilitou perceber que, em alguns atos e cenários de parto, deixou-se de proporcionar um espaço, seja ele físico ou emocional, para que a mulher em processo de parto exteriorizasse seus medos e angústias e contasse com pessoas por perto que lhe oferecessem condições de se sentir segura, competente e valorizada para ter o seu filho.

5.3 Acolhimento e respeito ao acompanhante de escolha da paciente

Ao investigar a questão do acompanhante no cenário do parto, notou-se que não existem restrições quanto à sua presença. Esta conduta pode estar associada ao fato de que na maternidade em estudo, anteriormente ao PHPN e à Lei do Acompanhante, já havia o incentivo à presença do pai por meio de um programa intitulado “Pai participando do nascimento”. Neste programa, os pais que frequentassem as consultas de pré-natal e os grupos de gestantes, juntamente com suas companheiras, e realizassem uma visita monitorada no Centro Obstétrico poderiam participar do nascimento de seus filhos. Com a promulgação da Lei do Acompanhante, esta participação foi estendida a qualquer pessoa de escolha da paciente.

Apesar de os profissionais desse estudo concordarem com a presença do acompanhante, em uma das observações identificou-se que um membro da equipe

demonstrou extrema preocupação em esclarecer qual o posicionamento da acompanhante dentro da sala de parto:

T1 – informa à acompanhante onde ela deve se sentar e que não pode colocar a mão no campo azul. (...) não permite que ela fique em pé (mais próxima da mãe e do RN) e solicita que se sente. (...) preocupa-se continuamente em se assegurar que a acompanhante permaneça sentada. [O14]

Esta postura impositiva foi característica de apenas um indivíduo dentre todos os observados. Inclusive, nesta mesma cena de parto, outros profissionais foram bastante acolhedores com a acompanhante, estimulando-a a se aproximar da paciente e do recém-nascido:

P – sugere que acompanhante se aproxime mais da mãe e do bebê. [O14]

T2 – auxilia a tirar fotos do trio e convida a acompanhante para se aproximar mais da mãe e do bebê e assim aparecer nas fotografias. [O14]

R e T2 - Acompanhante fica mais à vontade e começa a conversar; comenta que está feliz com o nascimento do bebê. Residente e técnica de enfermagem sorriem com ela. [O14]

Os comportamentos distintos observados em uma mesma cena de parto revelam que a aceitação desse novo ator no cenário do parto hospitalar é gradual e que cada profissional tem o seu tempo para tal mudança de atitude. Estes pressupostos vão ao encontro de pesquisas que investigaram a inserção do acompanhante no parto, as quais retrataram que, inicialmente, houve resistência por parte dos profissionais de saúde em admiti-lo. Dentre os motivos, destacou-se o receio com a possível invasão do seu espaço de atuação, com a potencial presença fiscalizadora do trabalho da equipe, bem como o medo pela falta de habilidade em lidar com a interação afetiva junto à mulher e seu acompanhante. Porém, esta percepção negativa foi progressivamente sendo superada quando eles puderam constatar no cotidiano da assistência que as pacientes que tiveram a oportunidade de ter um acompanhante vivenciaram o parto de maneira mais feliz, participativa e prazerosa^(12, 66-70).

Dessa maneira, a OMS e o Ministério da Saúde preconizam que todos os esforços devem ser empenhados no sentido de favorecer a presença de um acompanhante de escolha da paciente durante o trabalho de parto e nascimento. Assim como o apoio empático oferecido pela equipe de saúde, o acompanhante é fator contribuinte para o desenvolvimento da segurança emocional da mulher^(64, 71). Por ser alguém da sua escolha,

ele representa uma reaproximação com seu ambiente familiar, além de ser a pessoa com quem ela pode dividir o medo e a ansiedade, tendo o apoio desejado nos momentos difíceis^(68, 70).

Para que a implementação desta prática seja bem sucedida, o acolhimento do acompanhante é fundamental, tendo em vista que a situação de internação hospitalar também é nova para quem acompanha. Esta pessoa está inserida num ambiente desconhecido e, conseqüentemente, tem dúvidas de como agir e se comportar^(68, 69, 72). Nas cenas de parto em que o acompanhante esteve presente, observou-se por parte da equipe, em geral, uma recepção acolhedora ao perguntar seu nome, favorecer sua aproximação da paciente, deixando-o à vontade para interagir com ela e com o bebê, seja conversando, acariciando, ou simplesmente permanecendo ao lado. Os trechos a seguir exemplificam tais atitudes:

T – Olha para acompanhante com um sorriso e o convida a se aproximar mais da paciente. [O2]

E – pergunta nome do acompanhante e incentiva que se aproxime. [O3]

P – estimula acompanhante a ficar mais próxima da paciente e do RN, ressalta que ele não irá atrapalhar. [O8]

P – entrega RN para o acompanhante e o conduz na saída da sala, segurando-o amigavelmente pelo ombro. [O9]

T2 – se oferece para tirar as fotos enquanto acompanhante compartilha este momento de emoção com a paciente. [O16]

T2 – tira fotos do trio (pai-mãe-bebê) e sugere o posicionamento do acompanhante para melhores ângulos fotográficos. [O17]

Quando o acompanhante percebe que é bem recebido pela equipe, possivelmente se sente mais confiante e reconhecido em seu papel, repercutindo na sua participação como suporte emocional à paciente. Da mesma forma, a possibilidade de participar desse momento especial pode ter interferência na formação e fortalecimento dos laços familiares. De acordo com estudos que investigaram a participação paterna no nascimento, identificou-se que os pais se sentiram importantes por poderem apoiar suas companheiras e a experiência prazerosa e plena desse acontecimento contribuiu para que atribuíssem um significado positivo ao nascimento do filho^(69, 72-74).

Embora este não tenha sido um dos objetivos da pesquisa, identificou-se que alguns acompanhantes tocaram na paciente, seguraram sua mão, conversaram com ela,

dialogaram com a equipe, enquanto que outros permaneceram em silêncio, um tanto afastados, apenas observando a dinâmica de atendimento dos profissionais. Esta constatação se torna pertinente ao relacionar-se a atitude dos profissionais frente a tais comportamentos, pois a todos os acompanhantes foi incentivado para que se aproximassem e interagissem com a mãe e o bebê, mas aqueles que preferiram se manter em silêncio e distanciados foram igualmente respeitados.

É importante valorizar esta harmonia entre equipe e acompanhante, pois, muitas vezes, pode existir uma expectativa por parte da equipe de saúde de que ele assuma ativamente o apoio emocional da paciente. No entanto, é apropriado respeitar suas possibilidades e limites nesta participação⁽⁷⁵⁾, visto que para pacientes e acompanhantes, independente do fato de este último apresentar um comportamento ativo ou representar uma referência passiva, sua simples presença é suficiente para que a mulher não se sinta sozinha e abandonada^(66, 69, 72, 74). Essa atitude de acolher e respeitar o acompanhante como alguém importante para a paciente demonstra por parte da equipe estudada a prática de um cuidado seguro na assistência ao parto e nascimento.

5.4 Contato pele a pele implementado como rotina versus cuidado seguro

Em relação a esta categoria foi observado que na maternidade em estudo, quando o RN nasce em boas condições, rotineiramente, ele é colocado sobre o abdômen da mãe, em campo estéril. Imediatamente o obstetra/residente aspira as vias aéreas superiores com pêra de aspiração e clampeia e corta o cordão umbilical. Este procedimento geralmente envolve menos que 30 segundos. Em seguida, o pediatra aspira novamente as vias aéreas, se julgar necessário, enquanto o acadêmico da Pediatria ou alguém da Enfermagem procede à secagem do RN. Os campos úmidos são removidos e o RN é colocado sobre o colo materno, em contato pele a pele (CPP), sendo coberto por cobertor e touca previamente aquecidos. Concomitantemente, pulseiras de identificação com o nome completo da mãe e o sexo do RN são fixadas pela técnica de Enfermagem em seus dois membros superiores. O recorte a seguir demonstra esta rotina:

R - clampeia/corta o cordão umbilical.

P + T - aspiram e secam RN no colo materno (...) removem os campos úmidos e cobrem o RN com cobertor e touca aquecidos.

T - coloca as pulseiras de identificação no RN [O17]

A assistência inicial do RN está em pleno acordo com o MS, o qual recomenda que, nas situações em que o RN não é de risco e apresenta boas condições ao nascer, este deve ser aspirado, secado e oferecido à mãe⁽¹⁾. Todavia, questiona-se o clampeamento imediato do cordão umbilical que, segundo informações levantadas junto à equipe, é um procedimento de rotina na maternidade. Essa conduta vai de encontro às evidências científicas e às preconizações da OPAS, que orientam o clampeamento do cordão umbilical em torno do terceiro minuto de vida. Esse retardo no pinçamento do cordão umbilical beneficiaria o RN com um aporte maior de volume sanguíneo e de reservas de ferro, além de proteger, no caso de prematuros e/ou baixo peso ao nascer, em relação à hemorragia ventricular e à septicemia^(25, 76, 77).

Apesar de o CPP ter ocorrido em todos os partos observados, faz-se uma crítica em relação ao tempo oportunizado, o qual variou entre 05 e 25 minutos, sendo que o intervalo mais frequente foi em torno de 10 minutos. Esse tempo é insuficiente para que mãe e bebê possam interagir e despertarem sensações e sentimentos recíprocos^(25, 78). A seguir apresentam-se alguns trechos de observações com os respectivos tempos de CPP:

R - clampeia/corta o cordão umbilical.

P + E - aspira e seca RN no colo materno. (...) RN permaneceu tranquilo em contato pele a pele por 20 minutos. [O4]

R - aspira as vias aéreas e clampeia/corta o cordão umbilical.

P + E - aspira e seca RN no colo materno. (...) RN ficou 05 minutos em contato pele a pele no colo materno. [O8]

R - clampeia/corta o cordão umbilical.

P + T1 - aspira e seca RN no colo materno. (...) RN ficou tranquilo em contato pele a pele por 10 minutos. [O9]

O CPP, para ser efetivo, deve acontecer imediatamente após o nascimento e se prolongar por pelo menos uma hora ou mais⁽²⁵⁾. Assim, aproveita-se o período de inatividade alerta do RN, no qual ele está mais receptivo aos estímulos visuais e auditivos, respondendo ao comportamento materno^(78, 79). Para o bebê, o estabelecimento desse vínculo em momento precoce terá influência na modelação neuronal e no desenvolvimento intelectual e emocional, enquanto que para a mãe, este é considerado o momento precursor do apego, sendo a primeira oportunidade dela ser sensibilizada pelo bebê e iniciar o exercício social da maternagem^(79, 80). Outros benefícios do CPP são o favorecimento da estabilidade térmica e cardiorrespiratória do RN, além do estímulo à amamentação^(25, 81-83).

Dadas as evidências científicas, a OMS considera esta uma prática segura e preconiza que seja oportunizada sempre que possível^(4, 25).

Os comportamentos e falas dos integrantes da equipe revelam que existe o conhecimento das indicações dessa prática. Porém, enquanto uns agem de acordo para que ela seja plenamente estabelecida, outros priorizam necessidades individuais e o cumprimento das rotinas institucionalizadas:

P – orienta acadêmico da Pediatria a deixar RN mais tempo em contato pele a pele e o examina no colo da mãe. (...) Após 05 minutos do nascimento, RN é retirado da sala. O bebê, que estava calmo, começa a chorar nos braços do pediatra. [O1]

E – intercede para que RN fique mais tempo com a mãe antes de ser levado para os procedimentos admissionais.

P – parece ansioso para levar o bebê. (...) RN ficou 25 minutos em contato pele a pele, graças à enfermeira, e apesar da discreta ansiedade do pediatra. [O4]

P – sai da sala de parto, deixando o RN em contato pele a pele com a mãe e aos cuidados das técnicas de Enfermagem.

T1 e T2 - parecem ansiosas para que RN saia logo da sala e assim possam dar continuidade aos demais procedimentos burocráticos. [O6]

As rotinas hospitalares jamais deveriam estar acima das necessidades da mãe e do bebê^(1, 25, 84). Contudo, os achados desta pesquisa parecem corroborar com as conclusões de outros autores que avaliaram o impacto dos fatores intervencionistas na implementação do CPP. Eles concluíram que, apesar dos profissionais conhecerem as atuais propostas de humanização do parto e nascimento e de concordarem com a importância dessa prática, não existe um empenho uniforme para que ela se concretize^(85, 86).

Nas situações em que o CPP é proporcionado por mais tempo, o RN pode apresentar um comportamento pró-alimentação⁽²⁵⁾. Uma substância oleosa presente no mamilo materno, semelhante ao gosto e cheiro do líquido amniótico, faz com que o RN se empenhe em alcançar o seio materno e inicie a amamentação⁽⁷⁸⁾. Este evento tem influência no início, na manutenção e na duração do aleitamento materno. Além disso, o contato pele a pele e a sucção do seio materno nas primeiras duas horas de vida interferem na elevação da temperatura do corpo da mãe, que contribui para o aquecimento do RN^(81-83, 87, 88).

Novamente, os comentários de alguns membros da equipe evidenciam seu conhecimento a respeito do efeito do CPP sobre o aquecimento do RN e da iniciativa de busca do seio materno. Contudo, eles parecem esquecer que o desencadeamento dessas ações não é imediato.

P – a mãe refere que está sentido um calor entre ela e o RN. Pediatra informa que esta é uma reação do corpo materno que ajuda a manter o bebê aquecido. (...) RN permanece por 10 minutos em contato pele a pele, depois é levado pelo pediatra para os cuidados admissionais. [O15]

P – explica à T2 que é importante deixar RN aconchegado no peito materno, pois facilita que ele sinta o cheiro do leite materno e procure o seio para sugar. (...) RN permanece por 15 minutos em contato pele a pele, depois é levado pelo pediatra para os cuidados admissionais. [O14]

As iniciativas de promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida foram muito pouco observadas nesta pesquisa. Esporadicamente, um membro da equipe orientou a mãe quanto à importância da amamentação para a criança.

T – fala para mãe que é importante amamentar até os seis meses. [O1]

P – pergunta à paciente sobre a amamentação dos filhos anteriores e explica que mamilo plano não impede a amamentação. [O5]

P – pergunta se paciente amamentou o filho anterior e estimula que ela amamente esse também. [O12]

As conversas dos profissionais com as mães no que se refere ao aleitamento materno refletem o discurso dominante que determina o que elas devem fazer para o bem da criança; mas, no que depender da parte deles para a promoção e concretização dessa prática, o empenho não parece ser o mesmo. Embora o hospital em estudo seja credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a oportunidade do CPP por apenas alguns minutos evidencia que não está sendo cumprido o Passo 4 da Iniciativa.

De acordo com esse Passo, a mãe deve ser ajudada a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. Essa conduta é interpretada como colocar o bebê em CPP com sua mãe imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar a mãe a reconhecer quando seu bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo auxílio se necessário⁽⁸⁹⁾. Esta constatação de que não houve abertura para a participação da paciente em relação à possibilidade de amamentar seu filho na primeira hora de vida reforça os achados de outro estudo, o qual identificou que as mães, independente de a maternidade ser pública ou privada, não têm nenhum poder de decisão nesta questão, ficando a mercê da vontade da equipe de saúde⁽⁹⁰⁾.

Na maternidade pesquisada, os procedimentos admissionais do RN (verificação de sinais vitais, banho, vacinas, credenciação e medidas antropométricas) são realizados em uma sala distante da sala de parto. Esse afastamento imposto pode novamente gerar medo e

ansiedade na mãe^(79, 86). Além de esses procedimentos poderem ser postergados sem nenhum prejuízo à saúde do RN^(1, 25), sugere-se ainda que sejam realizados no mesmo ambiente da mãe, garantindo o contato visual e, dessa maneira, minimizando o sofrimento materno^(79, 91).

Ao se refletir sobre o que caracteriza o CPP, supõe-se que é uma prática implementada como rotina no CO, porém o tempo restrito a alguns minutos de interação inviabiliza a concretização dos benefícios aos quais ele está indicado, mostrando-se assim como um fator contribuinte para a insegurança no cuidado ao binômio mãe-bebê. Um dos prejuízos é a frustração do RN com sua mãe e cuidadores, pois eles não foram continentemente acolhê-lo e confortá-lo. Esta sensação poderá se intensificar, resultando em irritabilidade e choros frequentes^(83, 92). A amamentação também fica prejudicada, uma vez que a iniciativa para a busca e reconhecimento do seio materno é refreada no momento em que o RN é rapidamente retirado dos braços de sua mãe para os procedimentos admissionais. Após toda a manipulação sofrida, o RN provavelmente estará mais cansado e não apresentará a mesma disposição para mamar.

5.5 O ambiente, as necessidades da equipe e a adaptação do RN ao novo mundo

Essa categoria vem ao encontro do que a OMS e demais produções científicas preconizam como ambiente adequado para a recepção do RN, assim como para o favorecimento da interação mãe-bebê^(4, 41, 78, 79, 93). Dessa maneira, recomenda-se que uma sala tranquila, suavemente iluminada, com temperatura agradável, sem muita atividade exterior e com poucas pessoas presentes seria ideal para a melhor adaptação do RN ao mundo extrauterino⁽⁷⁸⁾.

A sala de parto da maternidade em estudo é uma típica sala de bloco cirúrgico. Não existe ligação com o meio externo, a circulação de ar é artificial, através do ar condicionado, e as salas são bem iluminadas por luz artificial. Quando a paciente chega, trazida de maca, geralmente em pleno período expulsivo, é transferida para a mesa obstétrica, onde suas pernas são suspensas nas perneiras e ela é praticamente coberta pelos campos azuis, em que de maneira alguma pode tocá-los. Além da iluminação da sala, um foco de luz auxiliar é posicionado na região do períneo da paciente. As roupas de bloco cirúrgico utilizadas pela equipe - sobrepostas por avental estéril, luvas, touca, máscara e propés - fazem com que a sua sensação térmica se eleve. Assim, o ar condicionado é

desligado no momento imediato antes do bebê nascer. O exemplo apresentado a seguir se repete em todos os registros das cenas de parto observadas:

Sala iluminada; foco de luz no períneo. [O19]

A descrição do ambiente do nascimento evidencia claramente que o foco está nas necessidades dos profissionais. Por questões burocráticas, inúmeros papéis devem ser preenchidos por todos os envolvidos no parto, necessitando de boa iluminação para isso. Todos precisam estar visualizando a mãe e o RN e certificando-se de que “os campos azuis não estão sendo tocados por mãos indevidas”. A rotinização da episiotomia induz a que sempre o foco de luz auxiliar esteja posicionado no períneo para facilitar e agilizar o procedimento.

Considerando a iluminação excessiva da sala de parto, inicialmente, acredita-se que a quantidade de papéis a serem preenchidos no momento do nascimento está sendo um dos problemas e, por isso, deveria ser revisada. Muitas vezes essas informações são repetidas e visam atender exigências de diversas instâncias burocráticas, que poderiam ser prontamente resolvidas com a informatização do atendimento. Esta medida seria benéfica também para a mãe e o RN, pois a equipe teria mais tempo para se dedicar ao binômio. Outra sugestão é a luz difusa, que poderia ser conseguida por meio da iluminação indireta da sala, assim como já ocorre em algumas UTIs Neonatais que se preocupam com o efeito nocivo que a iluminação contínua e excessiva impõe ao bebê internado^(94, 95).

Um procedimento também discutível é o foco de luz direcionado ao períneo da paciente. Se a posição, situação e apresentação do feto são constatadas pelo toque vaginal, não há necessidade de tanta luz para este procedimento. Igualmente, a episiotomia é um procedimento bastante contestado, que pode trazer danos à paciente, e por esse motivo deve ser indicada com cautela^(4, 9, 50). Então, se ela não deve ser feita de rotina, não há necessidade de o foco de luz estar posicionado de antemão. Nas situações em que a episiotomia estiver indicada, pode-se posicionar o foco de luz para facilitar o procedimento de episiorrafia depois que o RN estiver em CPP com sua mãe.

Essa atitude foi tomada pela pediatra em um dos atendimentos, a qual gerou descontentamento por parte das residentes de Obstetrícia envolvidas no parto.

P - Após 5 minutos do nascimento do bebê, pediatra solicita que as luzes da sala sejam apagadas e somente o foco de luz que está no períneo permaneça ligado. (...) Mãe e RN estão muito tranquilos com pouco barulho e pouca iluminação da

sala. (...) R1 e R2 comentam entre si que não entendem a necessidade de apagar as luzes da sala, pois o RN já nasceu. [O7]

O comentário acima explicita o completo desconhecimento das necessidades de adaptação do bebê ao mundo exterior, em que o excesso de luz é um estímulo visual desagradável e que atrapalha a interação com sua mãe⁽⁷⁸⁾.

Em relação à temperatura da sala de parto, a paramentação exagerada de todos os profissionais para a assistência ao parto normal obriga que a climatização se mantenha numa temperatura mais baixa. Sendo assim, observou-se que o ar condicionado sempre é desligado quando o bebê vai nascer. Contudo, o ambiente continua bastante frio para recepcioná-lo. Percebeu-se também que, conforme os exemplos a seguir, assim que o RN é levado da sala, a técnica de Enfermagem liga o ar condicionado. Supõe-se que esse desconforto da equipe com a temperatura da sala possa estar influenciando no tempo de CPP, pois existe uma sutil ansiedade para que o RN saia, e o ar condicionado possa novamente ser ligado.

P – desliga o ar condicionado. (...) O ar condicionado é ligado assim que o RN sai da sala. [O11]

TI - Ar condicionado desligado. (...) O ar condicionado é ligado assim que o RN sai da sala. [O20]

Ao nascimento, é esperado que o bebê perca calor, porém sua capacidade de suportar variações de temperatura seria de até 10 graus em relação ao ambiente intra-uterino. Assim, o local onde o bebê nasce deveria ter temperatura ambiente entre 26 e 30°C⁽⁹⁶⁾. Nas situações em que esse cuidado não é respeitado, o provável resfriamento do RN pode exigir um esforço maior do organismo, que, muitas vezes, acaba desencadeando disfunções respiratórias e metabólicas⁽⁹⁷⁾. Estas circunstâncias prejudicam a interação mãe-bebê e, ocasionalmente, levam à internação do RN na UTI Neonatal.

Embora o ambiente frio percebido nas cenas de parto não esteja adequado para a recepção do RN, a hipótese de eliminar o ar condicionado de uma sala sem circulação de ar é inviável, pois também não é recomendável que os profissionais trabalhem em condições insalubres. Dessa maneira, sugere-se que seja revista a dinâmica de atendimento ao processo de parto e nascimento, pois tanto a OMS⁽⁴⁾, como o Ministério da Saúde⁽¹⁾ e diversas ONGs defensoras dessa questão, preconizam que todo o processo ocorra em um mesmo local.

Um ambiente com luz natural e boa circulação de ar, além de ser mais tranquilo e acolhedor ao RN, contribuiria para evitar o estresse materno em função da rápida transferência para outra sala, justamente no período expulsivo. Igualmente, outra questão a ser discutida é o excesso de paramentação da equipe para atender ao parto normal, que no entendimento da OMS⁽⁴⁾ não é necessária. Estes profissionais estão vestidos prevendo a lógica intervencionista e cirúrgica do parto, que não deve ser a regra.

Em relação aos ruídos na sala de parto que interferem na interação mãe-bebê, a equipe parece mais comprometida. Mesmo nas situações em que alguns profissionais se alteraram durante o período expulsivo, quando o bebê nasceu, todos se focaram no seu bem-estar e procuraram fazer silêncio, ou conversar num tom mais baixo e à distância. Os trechos de observações a seguir, exemplificam este comportamento:

Pouco barulho, todos falam baixo. [O3]

Sala barulhenta: vários falando ao mesmo tempo e orientando a força adequada da paciente. Quando o bebê nasce, todos se acalmam e procuram falar mais baixo. [O6]

Depois de alguns minutos, as conversas colaterais diminuíram e o ambiente ficou mais tranquilo e focado no parto. [O10]

O ambiente era calmo, todos focados no parto. [O14]

A preocupação com a redução de ruídos evidencia que a equipe tem consciência da importância do ambiente tranquilo para a chegada do RN. Porém, depreende-se que talvez as pessoas ainda apresentem dificuldades em repensar uma melhor maneira de recebê-lo, visto que para isso deveriam abrir mão do que já têm como estabelecido para atender às suas necessidades de trabalho.

Considerando as necessidades imediatas do RN, um ambiente seguro para acolhê-lo deveria suavizar o impacto da diferença do mundo intra para o extrauterino e criar condições para favorecer a interação com sua mãe. Dessa maneira, os profissionais de saúde e a estrutura da maternidade em estudo, ainda necessitam adequar-se para promover circunstâncias seguras de cuidado, pois o RN é recepcionado em um ambiente frio e extremamente iluminado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, cabe ressaltar que o caminho percorrido mobilizou em mim alguns sentimentos e inquietações. Inicialmente, ingressei no curso de Mestrado com o propósito de dar mais um grande passo na minha formação profissional. Contudo, a aproximação com a temática da Segurança do Paciente e a oportunidade de observar o cotidiano da assistência à mãe e ao bebê, do qual eu também participo, instigaram-me a refletir ainda mais sobre o meu trabalho enquanto enfermeira assistencial.

As observações das cenas de parto me fizeram resgatar a compreensão do significado que o nascimento de um bebê pode ter para a família. Sendo assim, penso que nós, todos os profissionais envolvidos nessa área, não podemos considerar cada parto como mais um simples procedimento do nosso cotidiano. Embora seja necessário estarmos atentos à indicação e aplicação correta da técnica – visto que os danos relacionados a ela representam eventos inseguros – devemos igualmente dedicar atenção à maneira como estamos nos relacionando e acolhendo a mãe e o bebê, pois esta prática também pode se expressar em uma circunstância insegura de cuidado.

Acredito que o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado, visto que a partir da observação e análise da atuação da equipe de saúde em relação à segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento, foi possível identificar fatores contribuintes para o cuidado seguro, assim como a atuação da equipe frente a esses fatores.

Dessa maneira, a análise dos dados evidenciou que o desenvolvimento do apoio empático, o estímulo à presença do acompanhante, a promoção do contato pele a pele, assim como de um ambiente propício para a recepção do RN, podem representar fatores contribuintes para a segurança do binômio mãe-bebê durante o parto e nascimento.

Os profissionais de saúde observados, na sua maioria, demonstraram a implementação do apoio empático como um cuidado seguro, uma vez que souberam reconhecer o medo e a ansiedade da paciente, manifestando esse reconhecimento por meio da comunicação verbal e não verbal, através da utilização do tom de voz calmo nas orientações e explicações, do toque afetivo para expressar a presença amigável, além de valorizarem a participação da mulher ao elogiar e estimular o seu empenho no parto.

Todavia, o comportamento de determinados profissionais evidenciou que o apoio empático não é uma prática uniforme na equipe. Algumas vezes, na mesma cena de parto, enquanto um profissional procurava tranquilizar e apoiar a paciente, outro agia com

impessoalidade, banalizando a sua dor e exigindo-lhe um comportamento para o qual ela não estava preparada. Tais atitudes representam circunstâncias inseguras de cuidado, visto que podem intensificar o sofrimento da paciente e influenciar na sua percepção sobre o parto.

Já o acolhimento e o respeito ao acompanhante de escolha da paciente foi um componente muito presente na atuação da equipe. Percebeu-se uma constante preocupação em estimular a sua aproximação da mãe e do bebê, dando-lhe liberdade para interagir com a paciente, ou permanecer em silêncio ao seu lado, enquanto observava a dinâmica de atendimento. Ao valorizar a presença do acompanhante, a equipe promove um cuidado seguro, pois garante que a mulher não se sinta sozinha no ambiente desconhecido e favorece a autoconfiança do acompanhante, repercutindo na sua participação como suporte emocional à paciente.

Nesse momento, cabe ainda ressaltar que, mesmo quando o acompanhante esteve presente, a equipe não se eximiu de apoiar a paciente, transferindo essa tarefa para ele. Foi possível identificar uma harmonia entre esses dois papéis, resultando em um benefício maior para o bem-estar da mulher.

O contato pele a pele foi proporcionando em todos os nascimentos e, por esse motivo, a conduta da equipe merece ser valorizada. Entretanto, o curto espaço de tempo disponibilizado para esse cuidado inviabiliza a efetivação dos benefícios aos quais ele está indicado, em especial, a interação mãe-bebê e o início da amamentação. Dessa maneira, a pesquisa mostrou que, embora os profissionais tenham consciência da importância dessa prática, ainda são necessários esforços para que ela se estabeleça como uma circunstância segura de cuidado.

Da mesma forma, a observação do ambiente para o acolhimento do RN constatou que existe uma ação consciente por parte da equipe ao desligar o ar condicionado e ao diminuir o barulho e as conversas colaterais quando o bebê nasce. Contudo, o excesso de iluminação e a permanência do resfriamento da sala de parto se constituem em condições desfavoráveis para a adaptação do RN ao mundo exterior, caracterizando-se assim como um fator contribuinte para o cuidado inseguro.

Ao se considerar a atuação de cada categoria profissional, identificou-se que a Enfermeira exerceu papel diferencial para a efetivação de uma assistência segura. Nas cenas de parto em que a enfermeira esteve presente, observou-se que ela foi preponderante

no apoio da paciente, bem como, foi quem entrevistou pela maior permanência do bebê em contato pele a pele com a mãe. Estas constatações também apontam que a atuação desse profissional está em consonância com a humanização na assistência ao processo de parto e nascimento.

Tendo em vista a importância da participação da enfermeira neste evento, compartilha-se das discussões que defendem um espaço maior de atuação desse profissional no cenário do parto. Entretanto, esta pesquisa igualmente evidenciou que, embora a enfermeira se empenhe em participar dos partos, a demanda de atribuições assistenciais e burocráticas, assim como o número limitado desse profissional, impede a sua presença em todos eles. Supondo que esta talvez seja uma realidade também de outras maternidades brasileiras, acredito que a gestão desses serviços deve criar espaços que favoreçam a discussão a respeito do papel que o enfermeiro está exercendo na assistência ao processo de parturição, com vistas de um melhor aproveitamento desse profissional e, possivelmente, uma ampliação no quadro funcional.

Outra categoria profissional que se destacou na assistência segura ao binômio mãe-bebê foram as técnicas de Enfermagem. Essas profissionais, na sua maioria, demonstraram comprometimento com o bem-estar da paciente ao implementarem o apoio empático. Sua atuação bem sucedida confirma que, principalmente, no parto de baixo risco, outras habilidades têm melhor aplicabilidade que a alta tecnologia.

Em relação à categoria médica, os exemplos de condutas seguras pareceram estar associados mais a características pessoais do que a práticas constantes. A impessoalidade na relação médico-paciente desempenhada por alguns de seus membros evidencia a primazia do paradigma biomédico, cujo foco é o corpo-objeto e não a mulher como sujeito do cuidado. Esse tipo de comportamento, observado tanto em obstetras quanto em residentes, vem de muito tempo. A dificuldade que esta categoria tem em modificar seus conceitos e princípios em relação ao atendimento em saúde pode estar vinculada a características da sua formação, que é permeada por questões culturais e históricas da figura desse profissional.

Refletindo sobre a segurança no parto institucionalizado, fazem-se as seguintes considerações: a enorme demanda por assistência é uma das justificativas frequentemente usadas para explicar a subdivisão e as variadas intervenções no processo do parto; esse modelo de organização da assistência leva à alienação dos profissionais, pois cada um

desempenha uma parte do processo, tornado-se alheio ao todo; as participações ou intervenções pontuais no processo de parto e nascimento dificultam o desenvolvimento de uma relação mais próxima e horizontal entre profissional e paciente. Ponderando sobre as afirmações acima, acredita-se que as discussões a respeito do local do parto devam ser intensificadas.

Visto que todos os fatores contribuintes para a segurança na assistência ao binômio mãe-bebê apresentados neste estudo são práticas que não necessitam de aparatos tecnológicos para que sejam realizadas, elas são plenamente exequíveis em um ambiente de menor complexidade, como as Casas de Parto e o domicílio. O redimensionamento dos partos de baixo risco para esses ambientes seria benéfico para mães e bebês e, além disso, diminuiria a demanda hospitalar. Este fato contribuiria para que os partos de médio e alto risco fossem atendidos com melhor qualidade no ambiente hospitalar, na justa medida em que a partir disso também fosse repensada a organização da assistência neste local. Para que esse movimento aconteça, é fundamental que a política de humanização do parto e nascimento avance e, principalmente, supere as pressões de determinadas categorias profissionais que visam a manutenção do modelo vigente.

Finalmente, este trabalho não esgota a temática em estudo. Ao contrário, a percepção é que apenas se iniciou um processo de reflexão e talvez um novo modo de olhar para a assistência ao parto e nascimento. Deseja-se que esta pesquisa sensibilize e sirva de substrato para reflexões de profissionais da saúde, da educação, gestores e demais interessados na assistência materno-infantil. A inserção de discussões sobre a segurança do paciente ainda na formação dos profissionais da saúde, com certeza pode ser um avanço para a instituição de uma cultura que privilegie os direitos dos pacientes como cidadãos.

Do mesmo modo, espera-se que os achados deste estudo possam servir de subsídio para futuros estudos quantitativos relacionados à segurança da assistência ao processo de parto e nascimento. Além disso, seria relevante a execução de estudos qualitativos que abordassem a percepção da mulher em relação ao tema, assim como a constituição de grupos focais que debatessem junto à equipe de saúde o que pensam a respeito desta questão.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Dutra IL. Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro; 2008.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
5. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29.
6. Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. *Acta paul enferm*. 2004;17(3):286-91.
7. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO; 2009.
8. Forbes E, Patel N, Kasem K. Unilateral vocal cord paralysis associated with subdural haemorrhage in a newborn infant. *J Perinatol*. 2010 Aug;30(8):563-5.
9. Joshi A, Acharya R. Perineal outcome after restrictive use of episiotomy in primi-gravidas. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2009 Oct-Dec;48(176):269-72.
10. Clark SL, Belfort MA, Byrum SL, Meyers JA, Perlin JB. Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Aug; 199(2):1057.
11. Franceschini DTB. O acompanhante de parto no centro obstétrico de um hospital universitário. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
12. Komura Hoga LA, Souza CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Invest educ enferm*. 2007;25(1):74-81.

13. Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
14. Camargo Silva AEB. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2010 [acesso em 08 set. 2010];12(3):422 Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>.
15. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva: WHO; 2008.
16. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO Patient Safety Research. Geneva: WHO; 2009.
17. Quinto Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. *Rev adm saúde*. 2008;10(41):140-6.
18. Fernandes HS, Pulzi Júnior SA, Costa Filho R. Qualidade em terapia intensiva. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2010;8(n. esp.):37-45.
19. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev Eletr Enf. [Internet]* 2009 [acesso em 08 set. 2010];11(2) Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a24.pdf>.
20. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):287-94.
21. Cordeiro SN, Sabatino H. A humanização do parto. In: Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu; 1997:68-74.
22. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol*. 2008 Jun;35(2):361-71, vi.
23. Ramachandrappa A, Jain L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clin Perinatol*. 2008 Jun;35(2):373-93, vii.
24. Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*. 2010;38(3):119-26.
25. Chaparro MC, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington: OPAS; 2007.

26. Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoula C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Nov; 11 (Supl 1):53-65.
27. Women's Hospitals Australasia. Supporting Excellence in Maternity Care: The Core Maternity Indicators Project. Australia: Women's Hospitals Australasia; 2007.
28. Cheesman K, Brady JE, Flood P, Li G. Epidemiology of anesthesia-related complications in labor and delivery, New York State, 2002-2005. *Anesth Analg.* 2009 Oct;109(4):1174-81.
29. Gregory KD, Fridman M, Shah S, Korst LM. Global measures of quality- and patient safety-related childbirth outcomes: should we monitor adverse or ideal rates? *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Jun;200(6):681 e1-7.
30. Will SB, Hennicke KP, Jacobs LS, O'Neill LM, Raab CA. The perinatal patient safety nurse: a new role to promote safe care for mothers and babies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 May-Jun;35(3):417-23.
31. Halpern S. SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009 Jul;31(7):602.
32. Young D. What is normal childbirth and do we need more statements about it? *Birth.* 2009 Mar; 36(1):1-3.
33. March & of Dimes (US). Toward improving the outcomes of pregnancy III: enhancing perinatal health through quality, safety and performance initiatives. New York: March of Dimes Birth Defects Foundation; 2010.
34. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface comun saúde educ.* 2009;13(Supl. 1):595-602.
35. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2005;10(3):627-37.
36. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface comun saúde educ.* 2005;9(17):389-406.
37. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface comun saúde educ.* 2009;13(Supl. 1):759-68.
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília (DF); 2000.

39. Ministério da Saúde (BR). Lei Nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Garante 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. Brasília (DF) 2005 abr 8; 184 (117).
40. Brasil. Lei n. 9782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília (DF); 1999.
41. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília(DF) 2008 jul 8.
42. Strauss A, Juliet C. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
43. Hassen MNA, Victora CG, Knauth DR. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
44. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
45. Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
46. Vianna HM. Pesquisa em educação – a observação. Brasília: Plano Editora; 2003.
47. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1996.
48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
49. Davies JM, Posner KL, Lee LA, Cheney FW, Domino KB. Liability associated with obstetric anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 2009 Jan; 110(1):131-9.
50. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 May(112):1-8.
51. Casillas M, Bazard MC, Hubert I, Berrod JP. Macular hole in a newborn associated with forceps delivery. [abstract] *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2010 [acesso em

- 02 dez. 2010]; 22(47):1-3. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Macular%20hole%20in%20a%20newborn%20associated%20with%20forceps%20delivery>
52. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(1):75-87.
 53. Falcone EMO, Gil DB, Ferreira MC. Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estud psicol (Campinas)*. 2007;24(4):451-61.
 54. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
 55. Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 10 ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
 56. Cabral A, Nick E. Dicionário técnico de psicologia. 14 ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
 57. Salgado APA, Progianti JM. Dimensão mítico-simbólica de mulheres sobre o parto: estudo sociopoético. *Rev Enferm UFPE*. 2010;4(1):300-10.
 58. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLOR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(2):234-8.
 59. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(Esp):97-104.
 60. Siqueira ARP, Cruz ICF. Produção científica de enfermagem sobre o toque: implicações para a(o) enfermeira(o) de cuidados intensivos. [Monografia]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2001.
 61. Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(5):603-7.
 62. Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev Eletr Enf*. [internet] 2010 [acesso em 02 dez 2010];12(2):331-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>.

63. Eulálio MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do programa saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(4):708-15.
64. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(1):CD000199.
65. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev bras educ medica.* 2010;34(2):261-9.
66. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):44-52.
67. Florentino LC, Gualda DMR. A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização. *Nursing.* 2007;10(110):319-23.
68. Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta paul enferm.* 2007;20(2):131-7.
69. Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. “Eu vi meu filho nascer”: vivência dos pais na sala de parto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(4):497-504.
70. Castro Soares RK, Ferreira da Silva S, Amorim Lessa PR, Ferreira Moura ER, Costa Pinheiro PN, Castro Damasceno AK. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. *Online braz j nurs.* [internet]. 2010 [acesso em 02 dez 2010];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867>
71. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [acesso em 10 nov 2010];12(2):386-91. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>
72. Perdomini FRI. A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
73. Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto; 2004.

74. Carvalho JBL, Brito RS. Atitude do pai diante do nascimento. *Rev RENE*. 2008;9(4):82-90.
75. Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2005;15(30):105-18.
76. Mercer JS, Vohr BR, McGrath MM, Padbury JF, Wallach M, Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006 Apr;117(4):1235-42.
77. Kugelman A, Borenstein-Levin L, Riskin A, Chistyakov I, Ohel G, Gonen R, et al. Immediate versus delayed umbilical cord clamping in premature neonates born < 35 weeks: a prospective, randomized, controlled study. *Am J Perinatol*. 2007 May;24(5):307-15.
78. Klaus MH, Klaus PH. Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artmed; 2001.
79. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):105-12.
80. Winnicott DW. A criança e o seu mundo. 6 ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
81. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr*. 2004 Dec;93(12):1640-5.
82. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009 Jun.; 36(2):97-109.
83. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD003519.
84. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and post-partum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med*. 2004 Jul-Sep;13(3):272-5.
85. Janicas RCSV, Praça NS. Contato corporal precoce entre mãe e recém-nascido: avaliando o impacto dos fatores intervenientes para implementação. *Rev Paul Enferm*. 2007;26(1):32-8.

86. Modes PSSA, Gaíva MAM, Patrício LFO. Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização? - Pesquisa qualitativa. Online braz j nurs [Internet]. 2010 [acesso em 02 dez 2010]; 9(1). Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715>>
87. Bergstrom A, Okong P, Ransjo-Arvidson AB. Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. *Acta Paediatr.* 2007 May;96(5):655-8.
88. Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Uvnas-Moberg K. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth.* 2007 Dec; 34(4):291-300.
89. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3. Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança. Curso de 20 horas para equipes de maternidade. UNICEF/OMS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
90. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos ACG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):69-78.
91. Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009 Jul-Aug.; 38(4):430-42.
92. Cypel S. A humanização no atendimento ao recém-nascido: a importância das relações interpessoais e a organização neurobiológica. *Einstein (São Paulo).* 2007;5(1):69-73.
93. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):690-7.
94. Stevens DC, Akram Khan M, Munson DP, Reid EJ, Helseth CC, Buggy J. The impact of architectural design upon the environmental sound and light exposure of neonates who require intensive care: an evaluation of the Boekelheide Neonatal Intensive Care Nursery. *J Perinatol.* 2007 Dec.; 27 (Supl 2):S20-8.
95. Hamilton KE, Redshaw ME. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr.* 2009 Nov.; 98(11):1738-43.
96. Avery GB, Fletcher MA, Macdonald MG. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

97. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

APÊNDICE A – FICHA DE REGISTRO DAS OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO Nº: ____ DATA: __/__/__ ALIVIO DOR: _____ ANALGESIA: _____ EPISIO: _____ TP: ____ (hs) ACOMPANHANTE: _____

FATORES	OBSERVAÇÕES
Comunicação verbal e não-verbal com parturiente:	
Comunicação verbal e não-verbal com acompanhante:	
Comunicação interpessoal	
Contato pele a pele	
Clampeamento do cordão umbilical	
Estímulo à amamentação	
Ambiente (temperatura, iluminação, ruídos)	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Universidade Federal do Rio Grande do sul Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

A pesquisa “A equipe de saúde e a segurança e proteção do binômio mãe-bebê no ato de nascer: implicações para o cuidado” tem por objetivo conhecer a atuação da equipe de saúde em relação ao tema.

Trata-se da dissertação da aluna Dinara Dornfeld, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Essa pesquisa cumpre o que consta na Resolução nº. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Dinara Dornfeld. Contato: (51)96486940 / 33927277;
E-mail: dinara.dornfeld@gmail.com.

Orientadora responsável: Dra Eva Neri Rubim Pedro. Contato: (51)84205070;
E-mail: evapedro@enf.ufrgs.br.

Coordenador-Geral do CEP/GHC: Vitto Giancristoforo dos Santos. Contato: (51)33572407.

Este termo tem como objetivo garantir que Eu _____
concordo em participar desse estudo.

Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento. Fui esclarecido quanto aos seguintes aspectos: 1- Os dados serão coletados por meio de observação e registrados por escrito em formulário elaborado para este fim; igualmente serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da dissertação, dos artigos e de comunicações que dela resultem. Fica garantido que não terão repercussão na avaliação do desempenho profissional e que não trarão quaisquer problemas trabalhistas ao participante. 2- As informações colhidas na observação serão guardadas por até cinco anos, sendo, então, destruídas. 3- Se, no decorrer do estudo, o participante vier a manifestar sua vontade de interromper sua participação e/ou solicitar que o conteúdo não seja divulgado, as pesquisadoras atenderão a sua vontade. 4- O material coletado também não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os participantes ou a instituição onde exercem suas funções. 5- Essa pesquisa é considerada de risco mínimo. 6- Somente após assinatura do termo de consentimento é que o pesquisado participará da pesquisa. 7- É compromisso das pesquisadoras manterem os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao concluir o estudo, devolverem-lhes de alguma forma os resultados finais. 8- Esse termo será apresentado em duas vias; uma para a pesquisadora e outra para o participante da pesquisa.

Pesquisadora: Dinara Dornfeld _____
Assinatura da pesquisadora

Nome: _____
Assinatura do participante

Porto Alegre, _____ de _____ de 2010.

Versão Aprovada em

03 MAR. 2010

Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-Geral do CEP/GHC

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 568
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3307.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.
Rua Mostardeiro, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.893.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 03 de março de 2010, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-001

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

EVA NERI R. PEDRO
DINARA DORNFIELD

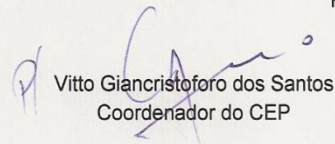
Título: A equipe de saúde e a segurança e proteção do binômio mãe-bebê no ato de nascer: implicações para o cuidado.

Documentação: Aprovados
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 03 de março de 2010.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP