

PRÁTICAS PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E AS UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO NO TRABALHO DE PARTO

Thaís Carvalho da Silva¹, Helga Geremias Gouveia², Annelise de Carvalho Gonçalves³, Claudia Junqueira Armelli⁴, Virginia Leismann Moretto⁵

Introdução: O parto e o nascimento são considerados, historicamente, eventos naturais, porém, ao longo da história, observamos um grande avanço no que diz respeito às tecnologias utilizadas na área obstétrica. Esse modelo de atenção obstétrica contribuiu, em parte, para redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal e consolidação do processo de medicalização do parto, que é acompanhado de práticas intervencionistas, e tem por objetivo interferir, monitorar e controlar a gravidez e o parto¹. Atualmente a atenção ao parto e ao nascimento é intensamente caracterizada pela medicalização, pelas práticas dispensáveis e potencialmente iatrogênicas, além das altas taxas de cesarianas. Verifica-se também o isolamento da gestante em relação a seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais. Além disso, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, não são realizadas². A Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a alta incidência da morbimortalidade materna e perinatal no mundo e com a intenção de qualificar a assistência prestada às parturientes, publicou uma série de recomendações sobre tecnologias que deveriam ser estimuladas durante o parto e o nascimento³. As evidências científicas disponíveis para a assistência ao trabalho de parto indicam que várias práticas realizadas rotineiramente não são baseadas no mais alto nível de evidência. O jejum, o enema e a tricotomia, práticas realizadas frequentemente no passado, atualmente não são mais recomendadas, uma vez que não há evidências para sua utilização⁴. Em contrapartida ao uso dessas práticas dispensáveis, a OMS propôs que a assistência deveria ter o mínimo possível de intervenções compatíveis com a segurança e, assim, resultar em parto e nascimento saudáveis, o que contribui para a consolidação do movimento pela humanização do parto e do nascimento¹. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é embasado nos princípios da humanização da assistência obstétrica e neonatal, que é condição primordial para o acompanhamento apropriado do parto e do puerpério. A humanização compreende desde o atendimento qualificado e digno das unidades de saúde à mulher, aos seus familiares e ao recém-nascido até a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas desnecessárias⁵. No Brasil as recomendações da OMS não estão sendo utilizadas devidamente. Condutas que deveriam ser encorajadas durante o parto, como a oferta de líquidos, são desconsideradas por profissionais e instituições. As práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser eliminadas, como o uso rotineiro da tricotomia e do enema, são mantidas como rotina na maioria dos serviços. Até mesmo as práticas indicadas apropriadamente que poderiam ser úteis, são usadas de modo indevido, causando mais malefícios, como por exemplo, os exames vaginais frequentes¹. Contudo, as práticas de assistência humanizada ao parto e nascimento baseadas em evidências colocam a mulher como parte atuante do processo de parturição, resgatam sua autonomia durante o trabalho de parto e parto e ainda contribuem para a redução das taxas de morbimortalidade perinatal no país. **Objetivo:** Verificar a frequência da realização de tricotomia, enema, exames de toques vaginais e oferta de alimentos em mulheres durante o

¹ Enfermeira.

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: helgagouveia@uol.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

trabalho de parto em um hospital escola, conforme a classificação recomendada pela OMS. **Descrição Metodológica:** Estudo quantitativo transversal, com 385 puérperas que tiveram partos no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, recém-nascidos com idade gestacional ≥ 37 semanas e que aceitaram participar do estudo; foram excluídas as que não entraram em trabalho de parto, aquelas com indicação de cesariana eletiva/urgência, gestação gemelar, óbito fetal e malformação fetal. As variáveis estudadas foram tricotomia, enema, número de toques vaginais e oferecimento de dieta. Os questionários foram aplicados após as primeiras 12 horas pós-parto, no período de agosto a novembro de 2012. Foi utilizada a análise descritiva mediante o uso de medidas de tendência central e de variabilidade. Trata-se de um recorte da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Das entrevistadas, 78,2% tinha mais que 20 anos, sendo a idade média 24,9 anos ($\pm 6,251$), 30,4% tinha o ensino médio completo, 41,9% era do lar e 90,1% tinha companheiro. Em relação ao pré-natal, verificou-se que 81,4% realizou seis ou mais consultas, uma média de 8,0 consultas ($\pm 3,061$), 70,3% teve o pré-natal acompanhado pelo profissional médico e 84,3% realizou as consultas de pré-natal pelo SUS. A história obstétrica indicou que a maioria das mulheres era primigesta (46,6%) com parto vaginal anterior (45,0%). Em relação às práticas utilizadas durante o trabalho de parto, verificou-se que a tricotomia incidiu em 81,6% das entrevistadas, sendo que em 79,3% dessas foi executada antes mesmo da internação. O enema não foi realizado em 98,9% dos casos. Durante a permanência das mulheres no pré-parto, a água foi oferecida para 57,8% delas, verificou-se que o suco (52,6%), a gelatina (48,6%) e o chá (41,9%) também foram oferecidos. O jejum ocorreu com 35,9% das parturientes. A média de toque vaginal relatado pelas mulheres foi de 4,76 e a média dos registrados em prontuário foi de 4,65. Estes foram considerados em número suficiente para 77,4% das entrevistadas. Verificou-se que o número de toque vaginal é proporcional ao tempo do trabalho de parto. O principal motivo da realização do exame de toque vaginal referenciado pelas entrevistadas foi para verificar a dilatação do colo uterino (81,3%). **Conclusão:** As recomendações da OMS sobre as práticas que deveriam ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto não se encontram totalmente inseridas na prática profissional. O Enfermeiro deve torna-se um agente facilitador na implementação dessas recomendações, dispensando, assim, as práticas intervencionistas e desnecessárias de medicalização do parto e nascimento. **Contribuições para Enfermagem:** O Enfermeiro, por ter um contato mais próximo na assistência à mulher durante o processo de parturição, tem uma importante contribuição para que essas práticas sejam realizadas de modo a beneficiar à parturiente, respeitando sua individualidade e desejos. Pode-se considerar um parto humanizado quando as relações entre os profissionais de saúde e as mulheres se desenvolvem horizontalmente, com a troca de informações e com a participação das parturientes nas decisões de sua assistência, retomando sua autonomia e tornando-se protagonista no processo de parturição.

Descritores: Trabalho de parto; Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher.

Área Temática: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. World health organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.



4. Porto AMF, Amorim MMR, Souza, ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010;38(10):527-37.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.