

A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto¹*Communication as a safety and protection factor in childbirth**La comunicación como factor de seguridad y protección en el parto*Dinara Dornfeld^I, Eva Neri Rubim Pedro^{II}**RESUMO**

Estudo qualitativo, 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 e proteção do binômio mãe-bebê no parto. Foram observadas 20 cenas de parto, sendo que os dados parciais apresentados neste artigo referem-se a 10 observações. Dentre os elementos a serem analisados, destaca-se a comunicação estabelecida entre a equipe de saúde e a mulher, por ser a primeira categoria que emergiu. Os resultados mostraram a comunicação iatrogênica, porém evidenciou-se também o apoio empático e o incentivo à presença do acompanhante. A análise evidenciou que a equipe de saúde tem papel relevante na segurança e proteção do binômio mãe-bebê. Salienta-se a importância da enfermeira como agente de mudança para um modelo de atenção à saúde focado nas necessidades da mulher-RN-família.

Descritores: Comunicação; Parto humanizado; Segurança; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study that was carried out in a public maternity in the city of Porto Alegre/RS, from March to July 2010. The objective was to observe and analyze health team performance regarding safety and protection mother-child binomial during delivery. Twenty deliveries were observed, and the partial data presented correspond to ten observations. Among the elements to be analyzed, in this article we have selected the communication established between health team and woman, for being the first emerged category. Results have shown iatrogenic communication, but empathic support and stimulus to the presence of the mother's companion have also been evidenced. The analysis has shown that the health care team has an important role in safety and protection of the mother-child binomial. The importance of nurses as changing agents has been highlighted in the model of health care directed towards the needs of the woman, newborn and family.

Descriptors: Communication; Humanizing delivery; Safety; Nursing care.

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo, de índole cualitativo, realizado en una maternidad pública de Porto Alegre/RS, entre marzo y julio de 2010. Tuvo como objetivo observar y evaluar la seguridad y protección del binomio mamá-bebé durante el nacimiento. Fueron observadas 20 escenas de parto, aunque los datos parciales presentados se refieren a 10 partos. Entre los elementos analizados, se seleccionó para el presente artículo la comunicación establecida entre los profesionales de la salud y la paciente por ser la primera categoría que surgió. Los resultados mostraron la comunicación iatrogénica, sin embargo, también se evidenció el apoyo empático y el incentivo a la presencia del acompañante. El análisis mostró que los profesionales de la salud tienen un papel relevante en la seguridad y protección del binomio mamá-bebé. Se destaca la importancia de la enfermera como agente de cambio para el modelo de atención a la salud direccionado a las necesidades de la mujer-RN-familia.

Descriptores: Comunicación, Parto humanizado, Seguridad, Atención de enfermería.

¹ Artigo original elaborado a partir de dados parciais de pesquisa vinculada a uma dissertação de mestrado do Mestrado em Enfermagem/Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

^I Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: dinara.dornfeld@gmail.com.

^{II} Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Associada, Escola de Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: evapedro@enf.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um recorte, contendo resultados parciais de uma pesquisa, que se propõe a observar e avaliar a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança e proteção do binômio mãe-bebê no ato de nascer e suas implicações para o cuidado. A origem do estudo partiu da própria experiência de uma das autoras, enquanto profissional atuante na área de saúde da mulher, e que vem despertando seu interesse para a temática da segurança do paciente.

A preocupação com a segurança do paciente nas instituições de saúde teve início na década de 80 com a publicação do relatório "To Err is human" elaborado pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos. Neste documento, 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⁽¹⁾.

Deste então, a mobilização pela segurança do paciente tem repercutido mundialmente. Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (do inglês, *World Alliance for Patient Safety - WAPS*). Seus objetivos são promover e divulgar pesquisas relacionadas ao tema, favorecendo o intercâmbio entre países, profissionais da saúde, pesquisadores e especialistas, com vistas a reduzir a variabilidade das práticas de forma a melhorar os resultados de saúde. Além disso, tem o compromisso de contribuir para que os países desenvolvam políticas públicas que priorizem a garantia da segurança dos pacientes⁽¹⁾.

De acordo com a *WAPS*, Segurança do Paciente caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde ao mínimo aceitável, sendo que um Incidente de Segurança é o evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente⁽²⁾. Para a *WAPS*, assim como para especialistas em segurança do paciente, é fundamental que as instituições de saúde incorporem uma cultura de segurança. A partir do entendimento de que incidentes de segurança ocorrem em função de múltiplos fatores e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos nas situações em que os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados, será possível desenvolver estratégias que garantam o cuidado seguro⁽³⁻⁴⁾.

As publicações científicas que abordam a cultura da Segurança do Paciente têm valorizado a relevância das práticas baseadas em evidências, do cuidado centrado no paciente, assim como da comunicação interpessoal e do trabalho em equipe⁽⁴⁾. Neste contexto, alguns estudos revelam a dificuldade dos profissionais para manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente⁽⁵⁻⁶⁾. Eles apontam que as diferenças hierárquicas, o poder e os conflitos no âmbito da assistência em saúde têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe⁽⁷⁾. Essa falta de sintonia na comunicação pode resultar em danos ao paciente. Além disso, situações como a superlotação e a sobrecarga de trabalho contribuem para que os profissionais se comuniquem com impaciência tanto entre si quanto com o paciente⁽⁶⁾.

Assim como a comunicação interpessoal pode ocasionar incidentes de segurança, é possível supor que a comunicação entre o profissional e o paciente também possa resultar em danos. Especificamente em relação à assistência hospitalar ao processo de parturição, a comunicação que se estabelece entre a equipe de saúde e a mulher em trabalho de parto evidencia, muitas vezes, relações de poder e autoridade em que a mulher é levada a anular-se como sujeito, submetendo-se às decisões do profissional da saúde quanto ao que é melhor para ela e seu bebê.

Essa maneira intervencionista e impessoal de assistência ao processo de parturição vem sendo bastante questionada nas últimas décadas. Dessa forma, a OMS, assim como outras instituições governamentais e não-governamentais, têm se empenhando no sentido de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde que atuam no cuidado ao binômio mãe-bebê para práticas mais seguras e humanizadas⁽⁸⁾.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em consonância com as ações preconizadas pela OMS, instituiu no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujas diretrizes norteadoras são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher. Ao reconhecer a individualidade da mulher, o PHPN promove a criação de um vínculo entre ela 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 segurança para o binômio mãe-bebê⁽⁹⁾.

Dessa maneira, estudos que investigam a qualidade da comunicação que se institui entre o profissional da saúde e a mulher em processo de parturição tornam-se importantes. No conhecimento das autoras, pesquisas que abordem esse tema são escassas. Supõe-se que uma comunicação efetiva possa transmitir apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher sinta-se segura e respeitada como pessoa nas suas diferentes dimensões. Esses sentimentos podem refletir inclusive nas suas atitudes e comportamentos, fazendo com que participe mais ativamente do parto⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo foi de observar e analisar como se estabelece a comunicação entre a equipe de saúde e a mulher em processo de parturição, identificando se esta relação promove circunstâncias seguras de cuidado.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O local do estudo foi o Centro Obstétrico de um hospital público, localizado em Porto Alegre/RS, que atende usuárias do Sistema Único de Saúde, sendo também um dos hospitais de referência no estado para gestações de risco.

Para a coleta dos dados utilizou-se a técnica da observação. Foram observadas 20 cenas de parto (compreendendo o período expulsivo e imediatamente após o nascimento do bebê) em que se focalizou a interação da equipe de saúde com a mulher e seu acompanhante. Para estabelecer o número de observações a serem realizadas considerou-se o critério de saturação dos dados⁽¹¹⁾. As observações foram intermitentes, entre março a julho de 2010, e contemplaram os períodos da manhã, tarde e noite. Para este fim, tinha-se como pré-requisito que os partos fossem considerados de baixo risco (via vaginal, idade gestacional estimada ≥ 37 semanas e feto sem indícios de necessidade de reanimação neonatal). Neste artigo, foram analisados os dados das primeiras 10 observações.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da saúde que frequentemente assistem o binômio mãe-bebê no processo de parturição. Dessa maneira, os profissionais incluídos na observação foram: obstetra, residente em Obstetrícia, pediatra, enfermeira e técnica de Enfermagem. O anestesista, assim como os residentes em Pediatria e os estagiários de Medicina, foram excluídos das observações por terem participações esporádicas neste processo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do respectivo hospital (n.10-001) e implementado somente após receber o parecer probatório. Cada participante que concordou em ser observado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As observações foram registradas pela pesquisadora durante o evento em um diário de campo. Os profissionais observados foram identificados da seguinte maneira: O – obstetra; R – residente em Obstetrícia; P – pediatra; E – enfermeira e TE – técnica em Enfermagem.

A abordagem utilizada para organização e análise dos dados foi a análise temática de conteúdo⁽¹²⁾, 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.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Centro Obstétrico do hospital em tela, a organização do atendimento das 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 transferida para a sala de pré-parto, a qual se caracteriza por um ambiente amplo com capacidade para 12 leitos.

Nesta sala, a mulher é submetida a uma rotina de exames, toques e medicações. Também é convidada pela Enfermagem para realizar métodos não farmacológicos de alívio das dores do parto (MNFAD), como caminhada, bola obstétrica, banho relaxante, exercícios de respiração e massagens. No segundo período clínico do parto, a mulher é transferida rapidamente de maca para a sala de parto, onde os profissionais estão paramentados com vestimentas de bloco cirúrgico, máscara, touca e luvas. O acompanhante participa da consulta obstétrica na sala de admissão e do nascimento do recém-nascido (RN) na sala de parto. Na sala de pré-parto, a entrada do acompanhante é intermitente, não sendo permitida a sua presença durante as passagens de plantão da Enfermagem e nos momentos em que as mulheres são examinadas pelo obstetra/residente.

Os dados que possibilitaram a caracterização das cenas de parto foram levantados nos prontuários, com exceção aos MNFAD que, por não estarem registrados, foram indagados às mulheres 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 a Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização das cenas de parto observadas. Porto Alegre, RS, 2010.

| Nº | MNFAD* | Analgesia | Episiotomia | Fórceps | TTP** | Acompanhante | Equipe de saúde |
|----|---|-----------|-------------|---------|-------|---------------------------------|---|
| 1 | Banho, apoio | Não quis | Sim | Sim | 05hs | Mãe | 01 obstetra, 01 residente, 02 téc. Enferm, 01 pediatra |
| 2 | Caminhada, bola obstétrica | Sim | Sim | Sim | 08hs | Tia | 01 obstetra, 02 téc. Enferm, 01 pediatra |
| 3 | Caminhada, banho, bola obstétrica, apoio | Sim | Sim | Sim | 10hs | Companheiro | 02 obstetra, 02 téc. Enferm, 01 enfermeira, 01 pediatra |
| 4 | Não | Sim | Sim | Sim | 05hs | Mãe | 01 residente, 02 téc. Enferm, 01 enfermeira, 01 pediatra |
| 5 | Não | Não | Sim | Não | 10hs | Companheiro não quis participar | 01 residente, 01 obstetra, 03 téc. Enferm, 01 enfermeira, 01 pediatra |
| 6 | Não quis | Não | Não | Não | 04hs | Sem acompanhante | 01 residente, 01 obstetra, 02 téc. Enferm, 01 enfermeira, 01 pediatra |
| 7 | Não | Não | Sim | Não | 04hs | Sem acompanhante | 02 residente, 02 téc. Enferm, 01 pediatra |
| 8 | Não | Não | Não | Não | 02hs | Mãe | 01 residente, 02 téc. Enferm, 01 enfermeira, 01 pediatra |
| 9 | Não | Não | Não | Não | 02hs | Companheiro | 02 residente, 01 obstetra, 02 téc. Enferm, 01 pediatra |
| 10 | Banho, bola obstétrica, caminhada, massagem | Sim | Sim | Não | 16hs | Companheiro | 01 residente, 01 obstetra, 03 téc. Enferm, 01 pediatra |

* MNFAD: métodos não farmacológicos de alívio das dores do parto;

** TTP: tempo de trabalho de parto.

Considerando os dados da Tabela 1, pode-se constatar que a implementação dos MNFAD não é uma constante nesta unidade. Identificam-se mulheres entre 4 e 10 horas de trabalho de parto que não receberam nenhum desses confortos. Contudo, também se encontra uma mulher que, por desconhecimento ou descrença, não quis realizá-los. Esta constatação sugere uma possível carência de informações da sociedade em geral em relação a métodos mais naturais de alívio das dores do parto, exigindo maior empenho educativo do Ministério da Saúde assim como dos serviços de atenção à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal.

A equipe do referido hospital, que atende a mulher no momento do nascimento, consta geralmente de um obstetra e/ou um residente em Obstetrícia, uma enfermeira, duas técnicas de Enfermagem e um pediatra. Os dados das observações permitem afirmar que a enfermeira nem sempre está presente nos partos. Uma das possíveis explicações para esta ausência pode estar relacionada ao número de enfermeiras (duas por turno de trabalho) para dar conta de todas as demandas do Centro Obstétrico, o qual atende em média 450 nascimentos/mês; em função de o hospital ser referência para gestações de risco, as enfermeiras priorizam a assistência aos partos que necessitem de um conhecimento especializado, como o nascimento de RN prematuro, deixando os partos que evoluem sem complicações aos cuidados das técnicas de Enfermagem e dos outros membros da equipe.

O acompanhante esteve presente na maioria dos nascimentos. Embora o companheiro seja a escolha mais frequente das mulheres, notou-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 do Ministério da Saúde 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.

Em relação à comunicação dos profissionais de saúde com a mulher durante o parto, a apreciação dos dados coletados mediante as observações possibilitou elencar três categorias: a) o poder contido nas palavras e atitudes; b) apoio empático: respeitando a individualidade da mulher; c) aceitação e valorização do acompanhante.

O poder contido nas palavras e atitudes

Para a mulher em trabalho de parto, o ambiente hospitalar geralmente é um lugar desconhecido e amedrontador. Além das inúmeras intervenções

rotineiramente impostas, o histórico da assistência hospitalar ao processo de parto e nascimento é marcado por relações de impessoalidade e indiferença do profissional de saúde com a mulher⁽⁸⁻⁹⁾.

Ao adentrar no Centro Obstétrico, a mulher perde sua subjetividade e passa a não ter mais direito ou responsabilidades sobre seu corpo⁽⁹⁾. A partir desse momento, o corpo feminino pertence à equipe de saúde e, ao médico, em especial. Este último, dotado de um empoderamento atribuído historicamente, socialmente e culturalmente, decide pela mulher como será a condução dos acontecimentos.

Essa apropriação do corpo feminino é evidenciada na comunicação da equipe de saúde com a mulher⁽⁶⁾ pela postura corporal de distanciamento, em que o toque se dá apenas de maneira instrumental, sem informação ou permissão prévia, e pela total exclusão da mulher como sujeito participante daqueles envolvidos no parto.

Nos registros a seguir, nota-se a negação do direito à informação e à participação da mulher.

O - conversa com TE sobre outro procedimento, enquanto aplica o fórceps na mulher sem informar o que está sendo feito. [O2]

O2 - enquanto solicita que lhe alcancem o fórceps, diz à mulher que vão lhe ajudar, sem informar exatamente o que será feito. [O3]

O e R - discutem como deve ser posicionado o fórceps, sem informar à mulher o que será realizado. [O4]

O e R - discutem sobre a anestesia para a episiotomia e não falam nada para a mulher, que grita de dor enquanto o procedimento é realizado. [O5]

R - mulher dá um gemido e Residente diz para não se mexer. Não explica que está fazendo infiltração do períneo para suturar as lacerações. [O8]

R, O e E - ficam em frente ao períneo da mulher, que está em posição de litotomia, e conversam sobre a episiotomia. Não incluem mulher na conversa, a qual fica olhando para eles sem entender o que estão falando. [O8]

Esses dados mostram uma despreocupação com a mulher, pois a comunicação entre os membros da equipe desconsidera a sua presença, assim como seus sentimentos e dúvidas. Uma vez que a mulher não existe como pessoa para alguns integrantes da equipe, estes não consideram ser necessário informá-la sobre as condutas que estão sendo tomadas. Além disso, muitos deles acreditam que, se a mulher for informada sobre os procedimentos que serão realizados, como a aplicação do

fórceps, provavelmente não irá colaborar. Na verdade, o que ocorre nessas situações é que, em função dos inúmeros danos ocasionados por imperícia ou por falta de informação durante o atendimento ao parto, a mulher assume, algumas vezes, uma postura de desconfiança e de resistência às intervenções médicas.

Concomitante à dificuldade do profissional de saúde em reconhecer as iatrogenias cometidas por meio da comunicação inadequada com a mulher, este também apresenta uma incapacidade em perceber suas respostas, que geralmente são expressas de modo não verbal⁽¹³⁾. Dessa maneira, a mulher que não se comporta de acordo com as normas, regras, rotinas e protocolos institucionais, é definida pela equipe de saúde como aquela pessoa que não colabora⁽¹⁴⁾. Essa falta de colaboração, seja por não concordar ou por não conseguir fazer o que a equipe solicita, pode trazer como consequência a culpabilização da mulher por qualquer possível resultado mal sucedido decorrente do parto.

Considerando que, no âmbito hospitalar, o saber científico é soberano e quem o possui tem a autoridade de decidir, não é permitida à mulher que opine sobre o parto ou como a assistência está sendo prestada⁽¹⁴⁾. Essa relação hierarquizada de supremacia do poder/conhecimento⁽⁶⁾ médico sobre a mulher pode ser evidenciada nas cenas de parto onde o profissional lhe impõe comportamentos e atitudes.

O - ordena à mulher que não coloque a mão nos campos. (...) solicita à mulher não gemer, e fazer força. [O2]

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

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

R - solicita à mulher que se posicione melhor na mesa obstétrica: "eu quero o bumbum bem pra baixo". [O6]

R1 - diz com voz imponente para mulher passar rapidamente da maca para a mesa obstétrica, se não, o bebê nasce na maca. [O9]

Além da agressividade e prepotência contida nas falas, observa-se frequentemente a preocupação do profissional em delimitar seu espaço de ação no corpo feminino. A partir do momento em que são colocados os campos azuis sobre o abdômen, perineo e pernas da

mulher, ela está terminantemente proibida de tocar nessas regiões, sob pena de ser responsabilizada por qualquer infecção que possa vir a desenvolver após o parto. Estas atitudes confirmam que, muitas vezes, a comunicação pode ser utilizada para expressar o poder, a autoridade e as diferenças entre os interlocutores⁽⁶⁾.

Uma vez que a mulher é percebida apenas como um corpo, ou melhor, um útero de onde deverá nascer um bebê saudável, não há necessidade de dialogar com ela. Dessa maneira, os profissionais sentem-se com liberdade para, durante o atendimento ao parto, conversar sobre assuntos pessoais e discutir sobre problemas alheios à situação de parto. A indiferença e a impessoalidade nas relações igualmente são percebidas no esforço dos profissionais em se manterem incógnitos, através de vestimentas de bloco cirúrgico, máscaras, toucas e não identificação pelo nome.

O1 e O2 - conversam sobre a ida a um congresso. [O3]

R1 e R2 - conversam sobre seus planos para o final de semana. [O9]

R e TE1 - mulher faz comentários sobre o RN, aos quais nem Residente e nem TE dão continuidade. [O10]

R - mulher pergunta ao Residente qual seu nome. Ele hesita por um tempo e responde com desconfiança. [O10]

E - apresenta o Obstetra e a Residente à mulher, chamando-os pelos respectivos nomes, os quais aparentemente ficam desconfortáveis com a situação. [O4]

Os trechos de cenas de parto até agora relatados chamam atenção para as iatrogenias que podem ser cometidas com as mulheres durante um momento tão especial da sua vida. Como deve se sentir uma mulher à qual é sugerido que "faça força com raiva" para que seu filho nasça? Que confiança terá essa mulher no profissional que lhe ignora como pessoa e lhe causa dor sem se justificar? Sendo a comunicação uma troca de mensagens que exerce influência nas pessoas envolvidas⁽⁶⁻⁷⁾, fica o questionamento de que tipo de experiências de parto estão sendo proporcionadas a essas mulheres.

A comunicação utilizada por determinados membros da equipe - manifestada especialmente por palavras agressivas, cuja entonação expressa superioridade e indiferença - revelou que em alguns momentos foram criadas circunstâncias inseguras de cuidado. Foi possível constatar que esta postura esteve mais frequente entre os membros da equipe médica. O fato de alguns

residentes continuarem reproduzindo o tradicional comportamento de superioridade sobre a mulher reforça as críticas a respeito da formação dessa categoria, que permanece centrada na doença, no procedimento, na fragmentação e na impessoalidade nas relações médico-paciente.

Apoio empático: respeitando a individualidade da mulher

A utilização consciente por parte da equipe de saúde da comunicação verbal e não-verbal possibilita maior qualidade à relação profissional-paciente⁽¹³⁾, favorecendo um ambiente acolhedor e proporcionando que a mulher vivencie de maneira positiva o nascimento de seu filho⁽⁸⁾.

Nesta condição, tão imprescindível quanto ser competente tecnicamente, os profissionais da saúde devem ser capazes de oferecer o apoio necessário^(8,10), o qual é expresso pelo reconhecimento da mulher como pessoa ao chamá-la pelo nome, pela voz calma nas orientações e informações e pelo toque afetivo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Os trechos de observações a seguir exemplificam a qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais e as mulheres.

TE – toca na mão da mulher com carinho, olha nos olhos e orienta a maneira adequada de fazer força. Com voz calma, pergunta se mulher entendeu. [O1]

TE – toca na mão e no abdômen da mulher, orienta com voz calma e pausada. [O2]

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

E e P – chamam mulher pelo nome. [O6]

R – chama mulher pelo nome e a estimula positivamente a fazer força. [O7]

TE1 – toca no ombro e na cabeça da mulher, enquanto estimula a fazer força nas contrações. (...) abana a mulher par refrescá-la. [O10]

A análise desses dados mostra que, enquanto alguns integrantes da equipe apresentam comportamentos e atitudes inadequados, outros profissionais, numa mesma cena de parto, comunicam-se de maneira efetiva com a mulher. Dessa maneira, nota-se uma comunicação ambígua da equipe com a mulher, de indiferença e opressão versus apoio. Estas constatações corroboram com os achados de outros estudos que apontaram as dificuldades dos profissionais de trabalhar em equipe e de estabelecer uma comunicação que beneficie o paciente⁽⁶⁻⁷⁾.

Geralmente o ambiente hospitalar e a equipe de saúde são estranhos à mulher. Além disso, o processo de parturição pode mobilizar alguns sentimentos – como o medo, a ansiedade e a insegurança – provocando inclusive um possível descontrole por parte dela⁽⁹⁾. Dessa maneira, a preocupação dos profissionais de saúde em explicar, tranquilizar e elogiar os esforços é fundamental para que a mulher se sinta encorajada e participante do processo⁽¹⁰⁾.

TE – valoriza esforço da mulher e explica os procedimentos que estão acontecendo. [O1]

O2 – elogia mulher pelo esforço. [O3]

P – tranquiliza a mulher, que RN está muito bem. Explica os procedimentos que serão feitos com o bebê assim que ele sair da sala. [O6]

P – diz à mulher que RN é bonito e está muito bem. Sugere que ela converse com bebê. [O7]

R2 – com voz calma e simpática, explica o que foi a episiotomia e que os pontos cairão sozinhos; explica também o motivo de massagear o útero após o nascimento do bebê. [O9]

O – explica que está tudo bem e estimula mulher a fazer força no períneo. (...) explica para mulher porque vai passar uma sonda de alívio. [O10]

Essas observações permitem identificar a preocupação dos profissionais em tranquilizar a mulher, 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 mulher salientada pelos elogios e o estímulo a continuar participando.

O apoio empático então relatado confirma que é possível encontrar profissionais que atuam no cuidado ao binômio mãe-bebê mobilizados para práticas seguras e humanizadas, que visam à comunicação efetiva com a mulher⁽⁹⁻¹⁰⁾. Essas atitudes foram mais evidentes na equipe de Enfermagem, no entanto, encontraram-se alguns representantes da categoria médica que manifestaram nas suas palavras e gestos momentos de apoio.

Na tentativa de compreender os achados, deve-se considerar que o hospital em estudo é vinculado ao Ministério da Saúde, portanto as políticas governamentais, como o PHPN, influenciam em alguma medida na estruturação do atendimento, bem como na

relação profissional-paciente. Além disso, cabe destacar que as enfermeiras, embora tenham dificuldades para estarem presentes em todos os nascimentos, estão bastante comprometidas com a humanização da assistência.

Por iniciativa das enfermeiras, estão sendo implementados no Centro Obstétrico os métodos não farmacológicos para o alívio das dores do parto. Além disso, elas desenvolveram no início do ano de 2010 um curso que teve por finalidade a sensibilização dos profissionais para um novo olhar sobre a assistência ao processo de parto e nascimento. Participaram desse evento toda a equipe de Enfermagem e alguns representantes da equipe médica que tiveram interesse (obstetras, residentes em Obstetrícia e pediatras).

Reconhecimento e valorização do acompanhante

A presença do acompanhante, além trazer o apoio emocional importante à mulher durante o processo de parturição⁽¹⁷⁾, também contribui para o resgate do nascimento como um momento da família⁽⁸⁻⁹⁾. Apesar de alguns estudos ainda evidenciarem as resistências e o despreparo da equipe de saúde para aceitar e trabalhar essa situação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, nota-se nos registros a seguir uma mudança de conduta expressa pelo acolhimento do acompanhante e o estímulo à sua participação.

TE – olha para acompanhante com simpatia e o incentiva para que se aproxime da mulher. [O2]

E e TE - incentivam acompanhante a tocar na mulher e apoiá-la. [O3]

TE – coloca banco próximo à mulher para o acompanhante se sentar. [O4]

P – solicita que acompanhante também auxilie a segurar o RN no colo da mulher. (...) Após período de contato pele a pele, entrega RN ao acompanhante e o acompanha na saída da sala de parto segurando-o amigavelmente pelo ombro, enquanto se dirigem para a sala de admissão do recém-nascido. [O9]

A análise desses dados mostra que a equipe é acolhedora ao acompanhante, pois pergunta seu nome, favorece sua aproximação da mulher, deixando-o à vontade para interagir com ela e com o bebê. A comunicação da equipe de saúde com o acompanhante demonstra o esforço para o estabelecimento de um cuidado seguro, permitindo a ele ser mais do que uma simples presença⁽¹⁷⁾ e, conseqüentemente, participando de maneira ativa como suporte emocional da mulher neste momento.

A aceitação do acompanhante pela equipe do Centro Obstétrico foi tranquila após a promulgação da Lei do Acompanhante⁽¹⁹⁾. Tendo em vista que já existia um programa desenvolvido pelas enfermeiras da unidade juntamente com a equipe do pré-natal de risco do hospital, em que se favorecia a presença do pai durante o nascimento do bebê. O programa intitulado "Pai participando do nascimento" tinha como pré-requisitos que o companheiro da mulher participasse das consultas, dos grupos de gestante e fizesse uma visita coordenada pela enfermeira do pré-natal ao CO antes do momento do parto. Com a implantação da lei, todos os pais, assim como outras pessoas de escolha da mulher, passaram a ser bem vindas durante as consultas admissionais e no nascimento do bebê.

Apesar dessas evidências, é preciso ressaltar que, durante o trabalho de parto, ainda não é permitida a presença permanente do acompanhante. Uma justificativa para isso é que a sala não é dividida em boxes individualizados. Com a finalidade de resolver esse problema, está prevista uma reforma total da unidade, onde os leitos serão individualizados. Enquanto isso não acontece, a privacidade das mulheres e seus acompanhantes é preservada por meio da utilização de biombos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo o processo de parto e nascimento como um evento fisiológico, que pertence à mulher e à sua família e que, nesta concepção, os profissionais da saúde são coadjuvantes da experiência, a comunicação efetiva se mostra como um dispositivo de cuidado. Por meio de palavras, gestos, toques, expressões faciais e corporais, promove a segurança e proteção do binômio mãe-bebê, pois favorece o resgate da dignidade, da autonomia e da participação da mulher neste acontecimento.

Nesta perspectiva, o presente estudo evidenciou como se estabelece a comunicação entre a equipe de saúde e a mulher durante o processo de parturição. As observações mostraram que por meio de uma comunicação que despersonaliza a mulher, reduzindo-a a simples objeto de intervenção, e lhe impõe agir conforme padrões institucionalmente estabelecidos, são promovidas circunstâncias inseguras de cuidado que talvez possam interferir inclusive nos primeiros momentos da interação com seu bebê. Essa postura evidenciada não somente nos obstetras, mas também em alguns residentes da Obstetrícia, é preocupante, tendo em vista a possibilidade de continuar se reproduzindo no cotidiano do atendimento ao parto.

Por outro lado, a pesquisa também mostrou que alguns membros da equipe de saúde estudada vêm desenvolvendo a consciência de que a comunicação efetiva com a mulher - reconhecendo sua dignidade e individualidade - reforça nela o sentimento de existir como pessoa e de ter confiança e segurança naqueles que a estão assistindo. Estas circunstâncias seguras de cuidado podem favorecer a participação da mulher no processo, além de possibilitar-lhe uma experiência positiva desse evento. Igualmente, o acolhimento e a valorização do acompanhante enquanto pessoa de confiança da mulher evidencia a sensibilização da equipe no sentido de tornar o parto menos instrumental e mais familiar.

Essa mudança de atitude no cuidado ao binômio mãe-bebê observada na maternidade em estudo está intimamente relacionada à atuação das enfermeiras na equipe de saúde, pois foi de iniciativa delas o incentivo à participação do pai durante o nascimento, a introdução dos métodos não farmacológicos para alívio das dores do

parto e a sensibilização e capacitação da equipe para a atenção humanizada no parto e nascimento. Esses fatos confirmam a importância do papel da enfermeira como agente potencializador de mudança para a implantação e fortalecimento de um modelo de atenção à saúde que tem como objetivo central atender o usuário na sua integralidade.

Finalmente, os resultados até o momento apontados vêm confirmar que mudanças podem estar ocorrendo no cotidiano do atendimento ao parto nas instituições públicas hospitalares. Os profissionais de saúde estão deixando a zona de conforto - ancorada na rotinização dos processos e na impessoalidade das relações - para pensar, discutir e exercer o cuidado à mulher-RN-família conforme uma lógica diferente de atenção à saúde. A partir desta constatação e de posturas contraditórias observadas nos membros da equipe deste estudo, surgem questionamentos para pesquisas futuras que problematizem a relação interdisciplinar na assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO Patient Safety Research. Geneva: WHO; 2009.
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO; 2009.
- Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30];12(3):422. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>.
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010;42(2):156-65.
- Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. Int Emerg Nurs. 2009;18:127-37.
- Berridge EJ, Mackintosh NJ, Freeth DS. Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. Midwifery. 2010;26:512-9.
- Manojlovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. Med Care. 2010;48(11):941-6.
- Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. J Adv Nurs. 2006;53(1):75-87.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30]; 24(1):17-27. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):419-25.
- Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm. 2006;15(1):107-14.
- Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2008;61(5):603-7.
- Porfírio AB, Progiatti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30];12(2):331-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a16.pdf>.
- 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 [cited 2011 jun 30];12(2):386-91. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf>.
- Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30];9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867>.
- Ministério da Saúde. 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: Diário Oficial da União; 2005.

Artigo recebido em 14.08.2010.

Aprovado para publicação em 21.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.