

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANA BEATRIZ NICOLINI

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PARTO DE RISCO HABITUAL:
PROCESSO, EXPECTATIVAS E INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA**

**CUIABÁ, MT
2017**

ANA BEATRIZ NICOLINI

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PARTO DE RISCO HABITUAL: PROCESSO, EXPECTATIVAS E INFLUÊNCIAS
NA PRÁTICA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito -para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - **Área de concentração:** Enfermagem e o cuidado à saúde regional.

Linha de Pesquisa do Programa: Estudos do Cuidado à Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Áurea Christina de Paula Corrêa

**CUIABÁ, MT
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

N644e Nicolini, Ana Beatriz.
ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PARTO DE RISCO HABITUAL : PROCESSO, EXPECTATIVAS E
INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA / Ana Beatriz Nicolini. -- 2017
175 f. ; 30 cm.

Orientadora: Áurea Christina de Paula Corrêa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem. 2. parto humanizado. 3. humanização da assistência. 4. parto
normal. 5. protocolos de enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

ANA BEATRIZ NICOLINI

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PARTO DE RISCO HABITUAL: PROCESSO,
EXPECTATIVAS E INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA**

Esta dissertação foi submetida à avaliação por Banca Examinadora para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada na sua versão final em 22 de fevereiro de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado, área de concentração Enfermagem e o cuidado à saúde regional.

Pós-Dr^a Christine Baccarat de Godoy Martins
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr.^a ÁUREA CHRISTINA DE PAULA CORRÊA
Presidente (Orientador)

Dr.^a SÔNIA SILVA MARCON
Membro Efetivo Externo

Dr.^a EDIR NEI TEIXEIRA MANDÚ
Membro Efetivo Interno

Dr.^a SOLANGE PIRES SALOMÉ SOUZA
Membro Suplente Interno

Dr.^a DEIZE SERAFIM
Membro Suplente Externo

Cuiabá
2017

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela presença constante em todos os momentos, permitindo alcançar êxito nos propósitos que tem para minha vida.

Aos meus pais, **Carlos e Marinete**, pelo exemplo de vida, de sabedoria e de coragem. Obrigado pela compreensão, pela paciência, pelo amor, pelo apoio constante, e por todos os valores que me ensinaram. Minha eterna gratidão e admiração!

À minha orientadora **Áurea**, por todo ensinamento, pela paciência, dedicação e por ter me ensinado a olhar para mim e saber que eu sou capaz. Admiro sua sinceridade e companheirismo.

As minhas irmãs **Ana Paula e Ana Maria**, mais que irmãs, amigas, confidentes, sempre ao meu lado me apoiando em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos **Pedro e Heitor**, por espalharem alegria, felicidade e amor em todos os momentos. Vocês trouxeram uma nova luz para toda a nossa família, vieram enriquecer nossas vidas.

Ao **meu amor**, grande incentivador e encorajador deste processo. Obrigada pelo amor, companheirismo, apoio e principalmente pela paciência durante toda a trajetória.

Às professora **Janete e Edir**, pelas inúmeras contribuições, incentivo e pelas palavras amigas.

Às minhas queridas “**Preferidas**”, pelos inúmeros momentos de alegria e companheirismo que partilhamos desde a graduação.

Às amigas **Ana Luiza e Tuany** pela amizade, união, cumplicidade, carinho e auxílio mútuo durante todo o mestrado. Sem o apoio de vocês eu não teria conseguido.

Às queridas **Aline e Renata**, que me apoiaram e auxiliaram durante todo o processo. Obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio e incentivo.

Às **enfermeiras** que aceitaram participar deste estudo, pelo aprendizado e pela confiança.

Aos membros da **Banca examinadora** pela sua disponibilidade em contribuir com o desenvolvimento desta dissertação.

À **Universidade Federal de Mato Grosso** pela minha formação na graduação e no mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (**CAPES**) pelo apoio financeiro.

NICOLINI, A. B. **ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO DE RISCO HABITUAL: PROCESSO, EXPECTATIVAS E INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA**, 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 174p. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Áurea Christina de Paula Corrêa.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o processo colaborativo de elaboração de um protocolo assistencial para uma unidade de Pré-parto/Parto/Puerpério, de um hospital universitário do município de Cuiabá-MT. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial desenvolvida em uma unidade de Pré-parto/Parto/Puerpério, de um hospital universitário. O levantamento dos dados foi realizado por meio de Grupos de Convergência; entrevistas abertas e observação participante. A análise desse conjunto de informações possibilitou a identificação de dois eixos de organização: 1) O uso da Pesquisa Convergente Assistencial como ferramenta metodológica para a elaboração de protocolos - descreve o processo de elaboração do protocolo assistencial ao parto de risco habitual, a partir do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial. O processo de elaboração foi composto por nove passos: 1. Autorização Institucional; 2. Envolvimento e integração dos participantes; 3. Levantamento dos problemas da unidade; 4. Planejamento constante e flexível do processo de construção; 5. Levantamento das evidências científicas; 6. Avaliação e organização das evidências científicas; 7. Grupos de Convergência; 8. Elaboração textual do protocolo; 9. Aprovação institucional do protocolo; 2) O resultado do processo de elaboração do protocolo. Neste eixo evidencia-se a relevância do uso dos Grupos de Convergência como estratégia metodológica para a elaboração de protocolos. Dentre as contribuições do processo de elaboração, destacam-se o estabelecimento do grupo de enfermeiras obstétricas; o movimento de incorporação das evidências científicas na prática assistencial e o nivelamento das práticas assistenciais, uma vez que o protocolo é um instrumento que estimula a reflexão dos profissionais para a tomada de decisão, tornando a assistência mais segura por estar embasada nas melhores evidências científicas disponíveis, princípios éticos e humanizados. Considera-se que, uma vez implementado o protocolo, se conformará como um instrumento que irá garantir respaldo técnico e legal, autonomia profissional e valorização das práticas desenvolvidas pelas enfermeiras, além de favorecer a pretendida humanização da assistência ao parto. Conclui-se que o processo de criação e elaboração do protocolo contribuiu para a humanização da assistência ao parto e nascimento, uma vez que influenciou no uso racional das tecnologias em saúde e na inserção das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Ficou evidente que as enfermeiras obstétricas se configuram como importantes agentes no processo de desmedicalização da assistência ao parto, uma vez que sua prática está baseada em evidências científicas e no protagonismo e autonomia das parturientes.

Palavras chave: Enfermagem; parto humanizado; humanização da assistência; parto normal; protocolos de enfermagem

NICOLINI, A. B. **ELABORATION OF A PROTOCOL FOR NURSING CARE IN USUAL CHILDBIRTH RISK: PROCESS, EXPECTATIONS, AND INFLUENCES IN ITS PRACTICE**, 2017. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Postgraduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá. 174p. Advisor: Professor Dr. Áurea Christina de Paula Corrêa.

ABSTRACT

This study aims to analyze the collaborative process of elaborating a care protocol for a Preterm/Childbirth/Puerperium unit of a university hospital in the city of Cuiabá-MT. This study is a Convergent Care Research developed in a Preterm/Childbirth/Puerperium unit of a university hospital. Data were collected through Convergence Groups, open interviews, and participant observation. The analysis of this set of information enabled to identify two organizational axes: 1) The use of the Convergent Care Research as a methodological tool for the elaboration of protocols - describing the process of elaboration of the care protocol to the usual childbirth risk, based on the methodological reference of the Convergent Care Research. The elaboration process was composed of nine steps: 1. Institutional Authorization; 2. Involvement and integration of participants; 3. Survey of unit problems; 4. Constant and flexible planning of the construction process; 5. Survey of scientific evidence; 6. Evaluation and organization of scientific evidence; 7. Convergence groups; 8. Textual elaboration of the protocol; 9. Institutional approval of the protocol; 2) The result of the protocol elaboration process. This axis shows the relevance of the use of Convergence Groups as a methodological strategy for the elaboration of protocols. The establishment of the group of obstetrical nurses, the movement to incorporate scientific evidence into care practice and the leveling of care practices stand out among the contributions of the elaboration process, since the protocol is a tool stimulating professional reflection for decision making, making care safer because it is based on the best available scientific evidence, ethical and humanized principles. Once the protocol is implemented, it will be considered as an instrument ensuring technical and legal support, professional autonomy and appreciation of the practices developed by nurses, besides to favoring the intended humanization of childbirth care. It is concluded that the process of creation and elaboration of the protocol contributed to the humanization of delivery and birth care since it influenced the rational use of health technologies and the insertion of good practices of childbirth and birth care. It became clear that obstetrical nurses are important agents in the process of demedicalization of delivery care since their practice is based on scientific evidence and the protagonism and autonomy of the parturient.

Keywords: Nursing; Humanized Birth; Humanization of Care; Normal childbirth; Nursing protocols

NICOLINI, A. B. **ELABORACIÓN DE PROTOCOLO PARA ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN PARTO DE RIESGO HABITUAL: PROCESO, EXPECTATIVAS E INFLUENCIAS EN LA PRÁCTICA**, 2017. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Pos-Graduación en Enfermería, UFMT, Cuiabá. 174p. Orientadora: Prof^a. Dr^a Áurea Christina de Paula Corrêa.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el proceso colaborativo de elaboración de un protocolo asistencial para una unidad de Pre-parto/Parto/Puerperio, de un hospital universitario del municipio de Cuiabá-MT. Se trata de una Investigación Convergente Asistencial desarrollada en una unidad de Pre-parto/Parto/Puerperio, de un hospital universitario. La obtención de los datos fue realizado por medio de Grupos de Convergencia; entrevistas abiertas y observación participante. El análisis de ese conjunto de informaciones posibilitó la identificación de dos ejes de organización: 1) El uso de la Pesquisa Convergente Asistencial como herramienta metodológica para la elaboración de protocolos – describe el proceso de elaboración del protocolo asistencial al parto de riesgo habitual, a partir del referencial metodológico de la Pesquisa Convergente Asistencial. El proceso de elaboración fue compuesto por nueve pasos: 1. Autorización Institucional; 2. Interacción e integración de los participantes; 3. Levantamiento de los problemas de la unidad; 4. Planificación constante y flexible del proceso de construcción. 5. Levantamiento de las evidencias científicas; 6. Evaluación y organización de las evidencias científica; 7. Grupo de Convergencia; 8. Elaboración textual del protocolo; 9. Aprobación institucional del protocolo; 2) El resultado del proceso de elaboración del protocolo. En este eje se evidencia la relevancia del uso de los Grupos de Convergencias como estrategia metodológica para la elaboración de protocolos. Entre las contribuciones del proceso de elaboración, se destaca el establecimiento del grupo de enfermeras obstétricas; el movimiento de incorporación de las evidencias científicas en la práctica asistencial y la nivelación de las prácticas asistenciales, una vez que el protocolo es un instrumento que estimula la reflexión de los profesionales para la tomada de decisión , transformando la asistencia más segura por estar basada en las mejores evidencias científicas disponibles, principios éticos y humanizados. Se considera que, una vez implementado el protocolo, se conformará como un instrumento que garantizará respaldo técnico y legalizado, autonomía profesional y valorización de las prácticas desarrolladas por las enfermeras, además de favorecer la pretendida humanización de la asistencia al parto. Se concluye que el proceso de creación y elaboración del protocolo contribuye para la humanización de la asistencia al parto y nacimiento, una vez que influenció en el uso racional de las tecnologías en salud y en la inserción de las buenas prácticas de atención al parto y nacimiento. Es evidente que las enfermeras obstétricas se configuran como importantes agentes en el proceso de des-medicalización de la asistencia al parto, una vez que su práctica está basada en evidencias científicas y en el protagonismo y autonomía de las parturientas.

Palabra clave: Enfermería, parto humanizado; humanización de la asistencia; parto normal; protocolos de enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Passos de elaboração de um protocolo para a assistência ao parto de risco habitual, em unidade PPP de um hospital universitário.	71
Quadro 2. Classificação das evidências científicas	80
Quadro 3. Itens constantes no Protocolo de Atendimento à Gestante de Risco Habitual da unidade de PPP	93

.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas
CPN- Centros de Parto Normal
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EO- Enfermeira Obstetra
FAEN- Faculdade de Enfermagem
GC- Grupos de Convergência
HUJM- Hospital Universitário Júlio Muller
MS- Ministério da Saúde
NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres
PCA- Pesquisa Convergente Assistência
PNH- Política Nacional de Humanização
PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAON- Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PNH- Política Nacional de Humanização
PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP- Pré-Parto/ Parto/ Puerpério
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REHUNA- Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RN- Recém-nascido
RT- Responsável Técnico
SUS- Sistema Único de Saúde
UFMT- Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO	16
3	OBJETIVO	26
4	REVISÃO DE LITERATURA	27
	4.1 A assistência ao parto e nascimento: a formação/atuação das enfermeiras obstetras	27
	4.2 A medicalização do parto e nascimento.....	32
	4.3 A humanização da assistência.....	37
	4.4 Protocolos assistenciais: tecnologias qualificadoras da assistência.....	48
5	PERCURSO METODOLÓGICO	56
	5.1 Abordagem e tipo de estudo	56
	5.2 Local do estudo	60
	5.3 Sujeitos do estudo	62
	5.4 Construção dos dados	64
	5.5 Análise e organização dos dados	68
	5.6 Aspectos éticos	69
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
	6.1 Eixo de organização I - O uso da PCA como ferramenta metodológica para a elaboração de protocolos.....	71
	6.2 Eixo de organização II - Resultados do processo de elaboração do protocolo....	97
	6.2.1 Processo de construção do protocolo assistencial: efeitos transformadores e contribuições	98
	6.2.2 As expectativas em relação à prática assistencial: a busca por respaldo institucional e autonomia profissional.....	116
	6.2.3 A humanização da assistência ao parto: contribuições do processo de convergência.	
	124	
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
	REFERÊNCIAS	154
	APÊNDICES	170

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo teve como objeto os processos de elaboração e implementação de um protocolo de enfermagem voltado para a assistência ao parto de risco habitual, o qual foi desenvolvido por pesquisadoras em conjunto com Enfermeiras Obstetras (EO) atuantes em uma unidade de Pré-Parto/ Parto/ Puerpério (PPP), a partir da realização de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Com vistas a alcançar a compreensão desses processos, buscou-se identificar os significados atribuídos a eles e as expectativas das enfermeiras, assim como as suas influências na prática daquela unidade.

O presente estudo é um subprojeto vinculado ao Projeto Matricial: “Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem” que envolve três fases, a saber: 1º – elaboração de um protocolo assistencial para a enfermagem obstétrica, com vistas à humanização do parto e nascimento em unidade de PPP, e descrição da influência deste processo na assistência da enfermagem obstétrica; 2º – análise da assistência prestada na unidade de PPP após a implantação do protocolo (estudo quantitativo); 3º - validação desse protocolo. Especificamente, este estudo corresponde à primeira fase do projeto matricial.

Visando a alcançar os propósitos do Projeto Matricial também foram realizados dois estudos conduzidos por bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica: um estudo de abordagem qualitativa que objetivou identificar a percepção das EO em relação à humanização da assistência ao parto e nascimento; e um estudo quantitativo que teve como objetivo caracterizar a assistência prestada na unidade de PPP após um ano de sua criação.

Para a condução do Projeto Matricial, a equipe foi constituída pelos seguintes membros: uma doutoranda e duas mestrandas, todas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, duas acadêmicas de enfermagem, bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, uma professora pesquisadora, líder da equipe da pesquisa, e duas professoras/pesquisadoras do Grupo de Pesquisa Argos-Gerar. Todos os membros do grupo participaram ativamente do processo de elaboração do protocolo desenvolvido na unidade de PPP.

Neste estudo, assumimos o referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial, proposto por Trentini e Paim em 1999, método este que possibilita a convergência entre a assistência e a prática assistencial. Essa metodologia proporcionou o envolvimento e inserção das EO em todo o processo de desenvolvimento desta pesquisa, com destaque para a fase de criação do protocolo assistencial, que ocorreu de forma colaborativa com as EO.

Este estudo decorre da parceria existente entre a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEn/UFMT) e o Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM). Esta surgiu a partir de iniciativas da FAEn visando desenvolver atividades relacionadas à pesquisa e contribuir para a efetivação de mudanças na assistência prestada naquele hospital.

O HUJM teve sua gestão assumida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em novembro de 2013, a partir de uma decisão do Conselho Universitário da UFMT. A EBSERH estabelece um padrão de gestão a ser seguido por todos os hospitais universitários a ela vinculados, fato que determinou inúmeras mudanças organizacionais no HUJM, dentre elas, a criação da unidade de PPP, que consiste em um local que possibilita o cuidado a todos os períodos clínicos do trabalho de parto e ao recém-nascido (RN) de forma acolhedora, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2015).

Até então, o hospital seguia o modelo clássico de organização institucional, seguido por grande parte dos hospitais e maternidades brasileiras de médio e grande porte. Àquele momento, o principal provedor da assistência ao parto e nascimento era o profissional médico, o cuidado prestado à mulher configurava-se de maneira fragmentada e o foco da assistência centrava-se no trabalho dos profissionais de saúde e não na parturiente, no RN e em seus acompanhantes.

As salas de parto situavam-se no espaço físico do Centro Cirúrgico, onde existiam três leitos para pré-parto. Nesse ambiente, as parturientes eram submetidas a inúmeras intervenções, tais como: uso rotineiro de ocitocina, episiotomia, amniotomia e fórceps. Ademais, não era permitida a presença de acompanhantes e a individualidade e a privacidade das mulheres não eram respeitadas. Para além, segundo registros institucionais, cerca de 58,4% dos nascimentos na época ocorriam por cesarianas (MEDEIROS, et al, 2016).

A contratualização do HUJM com a Secretaria Municipal de Saúde determinou a adesão da unidade hospitalar à Rede Cegonha municipal, o que exigiu adequação dos espaços físicos e do corpo clínico ali atuante. Assim sendo, surgiu a necessidade de contratação de EO para atender às recomendações ministeriais, que preveem que os partos de risco habitual sejam conduzidos por essas profissionais.

Frente a esta nova demanda, fez-se necessária a realização de concursos públicos para admissão de profissionais, visando a recomposição do corpo técnico hospitalar. Para a unidade PPP foram admitidas cinco EO que, juntamente com uma enfermeira (obstetra) já pertencente ao quadro de estatutários, assumiram a assistência direta ao parto de risco habitual e ao nascimento, de modo compartilhado com a equipe médica.

Apesar do novo contexto institucional e das recomendações ministeriais para a atenção ao parto e nascimento, inúmeras dificuldades foram e ainda são vivenciadas no contexto da unidade de PPP devido ao modelo assistencial hegemônico¹ e às decorrentes práticas vigentes no ensino de graduação da medicina, tais como o uso indiscriminado de procedimentos e intervenções.

As mudanças implementadas no HUJM geraram a necessidade da criação de instrumentos norteadores da assistência ali implementada, que considerassem as especificidades de cada clínica, com vistas a qualificar o cuidado ofertado. No que diz respeito à unidade de PPP, essa era uma necessidade rotineiramente manifestada pelas EO que ali atuam, uma vez que, reiteradamente, referiam o anseio pelo estabelecimento de um instrumento capaz de direcionar o trabalho da equipe multiprofissional.

Na condição de membro do Grupo de Pesquisa Argos-Gerar, almejando melhor compreender essa nova prática assistencial realizada pelas EO na unidade de PPP do HUJM, com amparo no referencial metodológico da PCA, que prevê que os problemas de pesquisa emergem da prática, inserimo-nos estrategicamente naquele serviço, criando vínculo com a unidade e com as EO, com vistas a conhecer as rotinas ali estabelecidas, as facilidades e as dificuldades relacionadas à pretendida humanização da assistência ao parto.

Dessa forma, diante do contexto organizacional que se mostrava favorável a mudanças- fato manifestado pela gestão do HUJM, pela equipe de enfermagem atuante na unidade de PPP, e constatado durante o período de imersibilidade no campo- propôs-se a realização de uma intervenção que visava à criação de um Protocolo Assistencial para aquela unidade, produto este elaborado conjuntamente com as EO.

Para o desenvolvimento desse protocolo foi preciso tomar por referência o contexto aqui apresentado, tendo como motivação a necessidade de bem cuidar, de forma humanizada, de mulheres no momento do trabalho de parto, parto e puerpério e de seus RN, considerando que inúmeras intercorrências podem ocorrer em função do modelo de atenção à saúde, centrado na visão biomédica, que desempodera a mulher, ceifando sua autonomia, o que determina sua submissão a intervenções desnecessárias.

1-O modelo médico hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. O modelo flexneriano caracteriza-se por diversos elementos: perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento (FILHO, 2010).

O presente estudo descreve o processo de elaboração e implementação de um protocolo assistencial e analisa os dados levantados com vistas a compreender esse processo. Para sua apreensão, os dados serão apresentados em dois eixos temáticos: 1) O uso da PCA como ferramenta metodológica para a elaboração de protocolos; e 2) O resultado do processo de elaboração do protocolo.

2 INTRODUÇÃO

A parturição é uma atividade que acompanha a história da humanidade. Na sociedade ocidental, por milênios, a parturição foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada por parteiras, que cuidavam de mulheres e RN, no cenário domiciliar. O parto normal era compreendido como um evento fisiológico e familiar. Entretanto, no decorrer do tempo, inúmeras mudanças ocorreram no âmbito da assistência ao parto, principalmente no que diz respeito à conduta dos profissionais que o realizam e às suas formas de resolução (BESSA; MAMEDE, 2010).

O parto normal, que se conformava como um evento natural, passou a sofrer transformações decorrentes da institucionalização da assistência ao parto e da inclusão de intervenções, por vezes, desnecessárias. Tal movimento determinou que o parto deixasse de ser considerado como um processo natural para assumir o *status* de evento patológico. Nesse contexto, a mulher perde paulatinamente o papel de protagonista da assistência, passando a ser considerada objeto dela (BESSA; MAMEDE, 2010; DIAS et al., 2008).

A institucionalização do parto é característica do denominado modelo tecnocrático que propõe a medicalização do corpo feminino. Para Davis-Floyd (2001), este modelo de atenção à saúde resulta do arquétipo proposto como postura a ser assumida pelo profissional médico na sociedade ocidental, com pensamento orientado para a necessidade de separação entre corpo e mente, no qual as parturientes devem ser retiradas de seu contexto, separadas de seus pertences e afastada das relações pessoais que lhe são caras.

O processo de medicalização do corpo feminino tem como essência a compreensão de que o corpo da mulher se conforma como um desvio do corpo masculino, sendo associado à ideia de uma máquina defeituosa e imprevisível, que necessita ser “reparada” por meio de intervenções do profissional médico. Nesse paradigma, o parto é concebido como o momento em que essa máquina precisa de intervenções hábeis e rápidas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Tal modelo passou a nortear a assistência obstétrica e atingiu consequências alarmantes devido à implementação de conhecimentos e técnicas científicas utilizados indiscriminadamente durante o trabalho de parto e parto, mediante a incorporação de instrumentos que interferem ou contrariam o processo natural de parturição (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006; SODRÉ; LACERDA, 2007).

Tal forma de condução do parto pode gerar um quadro de violência institucional, determinado, em parte, por violências de gênero, que podem transformar as diferenças - como

ser mulher, pobre e de baixa escolaridade – em desigualdades e determinar o estabelecimento de uma relação hierárquica na qual a mulher é tratada como um objeto de intervenção profissional e não como sujeito de seus próprios atos e decisões relativas a seu corpo (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Conforme Davis-Floyd (2001), nesse modelo de atenção, a prática assistencial dos profissionais de saúde está amparada no uso de tecnologias e intervenções, que buscam diagnósticos e tratamento para o corpo exterior. A autora cita como exemplo o uso rotineiro de medicamentos por via endovenosa para acelerar o trabalho de parto. Apesar dessa prática restringir uma postura ativa das mulheres e de as evidências científicas chamarem a atenção para os benefícios da liberdade de posições e movimentações durante o trabalho de parto, a frequente utilização desta intervenção evidencia a relação de dependência, passividade e necessidade da mulher frente as práticas profissionais e as instituições de saúde.

O estudo “Nascer no Brasil” realizado em 191 municípios brasileiros e 296 estabelecimentos de saúde, que teve como objetivo descrever as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e as intervenções obstétricas realizadas em mulheres de risco obstétrico habitual, evidenciou: a) a não realização das boas práticas de atenção ao parto, tais como a promoção da alimentação, o favorecimento da movimentação, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o uso do partograma; b) o uso rotineiro de ocitocina e amniotomia; c) a realização da manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia; e d) o excesso de cesarianas (LEAL et al., 2014).

Para além dessa prática de intervenções, consideradas desnecessárias, no ponto de vista assistencial, outro fato preocupante relativo à assistência ao parto e nascimento, apontado por outros estudos, diz respeito aos altos índices de realização de cesarianas sem justificativas obstétricas (LEAL, et al., 2014; SERRUYA, 2012).

No Brasil, os índices de cesarianas têm apresentado um aumento contínuo desde meados da década de 1990. De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS)/ Ministério da Saúde (MS) (DATASUS), o percentual de partos cesáreos pagos pelo SUS no Brasil, em 2011, foi de 53,88% (BRASIL, 2012a).

Relação equivalente pode ser observada no ano de 2011 no estado de Mato Grosso (57,56%) e no município de Cuiabá (61,49%) (BRASIL, 2012a). Valor muito superior ao aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda que a taxa de parto cesárea não ultrapasse 10 a 15% do total de partos realizados em serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Pode-se considerar que as altas taxas de cesarianas estejam estreitamente relacionadas ao avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, na área médica, o que evidentemente tem grande importância, uma vez que interfere na qualificação da assistência obstétrica. No entanto, na atualidade, os serviços de saúde via de regra utilizam essa tecnologia de forma indiscriminada.

O uso abusivo dessas tecnologias durante o trabalho de parto e parto levou a comunidade científica a questioná-las. Frente a tal demanda, a OMS e o MS propuseram a efetivação de mudanças na assistência com vistas a resgatar o parto natural. Em 1996, um conjunto de recomendações foi sistematizado pela OMS com vistas a propor a reflexão criteriosa sobre o uso de tecnologias na atenção ao parto e nascimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), e foram classificadas com base em evidências científicas, em:

- Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas;
- Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas;
- Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas;
- Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada.

Em nível nacional, desde meados da década de 1980, amparado no movimento feminista brasileiro, o MS vem formulando proposições, programas e políticas com vistas a reorganizar e transformar o cenário de assistência ao parto no país, objetivando a humanização da assistência ao parto normal (NASCIMENTO et al., 2010). Dentre essas políticas destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) e a recente Rede Cegonha. Essas políticas buscam qualificar a assistência obstétrica, buscando prestar uma assistência humanizada e segura.

A Rede Cegonha foi instituída através da Portaria Nº 1.459 de 2011, com o objetivo de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, propondo a formação e consolidação de uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção integral e humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério, assim como garante à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para tanto, está organizada em 4 diferentes componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a).

O componente de assistência ao parto e nascimento regulamenta: a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, inclusive para assistência de alta complexidade, como unidades de Terapia Intensiva e unidades de Cuidados Intermediários; as práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, conforme o manual de “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” da OMS; a garantia ao acompanhante durante todo o processo de parturição; a efetivação do acolhimento com classificação de risco; o estímulo à implementação de equipes horizontais nos serviços de atenção ao parto e nascimento; e o estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão, tratados na Política Nacional de Humanização (PNH), além da ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2011a).

Faz-se necessário ressaltar que, para efeito de implementação dessa política, é considerada ambiência: “ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2008a, p. 51).

A criação da Rede Cegonha propiciou o surgimento de um ambiente favorável à mudança de práticas, tanto na atenção primária quanto no âmbito hospitalar, uma vez que aponta para a necessidade da mudança do modelo assistencial voltado para a gestação, parto e nascimento.

Outra iniciativa foi a inserção de EO na assistência ao parto de risco habitual, legitimada pelo MS Em 1998, por meio da portaria nº 2.815 que considerou a importância do acompanhamento qualificado do trabalho de parto, à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal e à necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal. Tal decisão reconheceu a assistência ao parto normal sem distocias como uma atribuição de enfermeiras obstetras e normatizou a remuneração e treinamento desses profissionais (BRASIL, 1998).

Em 1999, com a Portaria nº 985 de 1999, foi lançada a proposta de criação de Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Essas unidades têm como finalidade prestar atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente, ao parto normal sem distocia, assistido por EO, e desenvolve atividades educativas e de humanização (BRASIL, 1999).

Nesse contexto surgiu a proposta de abertura das unidades de PPP, regulamentada pela Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de CPN no âmbito do SUS. As unidades de PPP são locais que devem contar com

ambiência adequada às especificidades da atenção ao parto e nascimento de modo a oferecerem um ambiente acolhedor, resolutivo e humanizado, que possibilite o cuidado a todos os períodos clínicos do trabalho de parto, assim como os cuidados ao RN e a permanência do acompanhante de escolha da mulher. Essa unidade deve dispor de espaço e mobiliários adequados dispostos de modo a criar um ambiente em que a mulher se sinta acolhida e que garanta a liberdade de posições e o uso de métodos não invasivos para o alívio da dor (BRASIL, 2015), tais como bola suíça, cavalinho, banho de imersão, entre outros.

Essa portaria define como pré-requisito para a constituição de CPN e de unidades de PPP a existência de protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil, além de protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2015).

Vale destacar que, o cuidado clínico oferecido à mulheres em trabalho de parto não deve se restringir à perspectiva biologicista da assistência ao parto. Nesse sentido, Silveira et al. (2013) ressaltam que o cuidado clínico não diz respeito apenas ao consumo de tecnologias e procedimentos, mas sim, ao atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos. Desta forma, este cuidado constitui-se em uma perspectiva para o estabelecimento de relações entre os sujeitos envolvidos no processo, na criação de espaços onde a subjetivação possa ser construída a partir dos desejos desses sujeitos, e do respeito às formas de se conceber e significar a saúde e a doença, fora das classificações e fragmentações assistenciais que, historicamente, tentam enquadrar os usuários dos serviços (SILVEIRA, et al., 2013).

Assim, ao considerar que a assistência deve estar voltada para as necessidades das parturientes, evidencia-se a escolha da mulher quanto à presença do acompanhante, à liberdade de movimentos e ao uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor.

A escolha do acompanhante é uma recomendação da OMS que vem sendo implementada no Brasil desde 2008. Estudos evidenciam (BRÜGGEMANN, et al, 2010; SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011; SOUZA; GUALDA, 2016) que a presença do acompanhante está relacionada com uma maior satisfação das parturientes, mais confiança, segurança física e emocional da mulher e diminuição do medo, além de uma assistência menos intervencionista e mais humanizada.

Uma revisão sistemática realizada por Gupta, Hofmeyr e Shehmar (2012), que incluiu vinte e dois estudos randomizados, envolvendo 7.280 mulheres, com o objetivo de avaliar a posição adotada pela mulher no segundo período do parto, evidenciou que as mulheres devem ser encorajadas a escolherem a posição que se sentem mais confortáveis durante o trabalho de

parto e período expulsivo, e o profissional de saúde deve respeitar sua decisão, informando-as dos benefícios de determinadas posições, tais como as verticalizadas.

O uso de métodos não invasivos para o alívio da dor e relaxamento objetivam fazer do trabalho de parto um evento menos agressivo, traumático e doloroso para a mulher, ao substituir métodos anestésicos e analgésicos por tecnologias mais seguras e menos intervencionistas (MORAES, et al., 2010). A revisão sistemática realizada por Osório, Júnior e Nicolau (2014) com o objetivo de avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto evidenciou que a massagem, a aromaterapia, o banho de imersão, a acupuntura, entre outros, são eficazes para o alívio dessa dor, pois, além de diminuir a percepção dolorosa, contribuem para a redução dos níveis de ansiedade e estresse.

Atualmente, inúmeros estudiosos da área (DIAS; DOMINGUES, 2005; DIAS; DESLANDES, 2006; SODRÉ; LACERDA, 2007; BUSANELLO et al., 2011) vêm apontando para a necessidade do surgimento de um novo paradigma para a assistência obstétrica, com vistas à valorização das necessidades de saúde de cada parturiente e que compreenda, de forma mais abrangente, o ser humano, os aspectos sociais e culturais da gestação e do parto, ampliando a compreensão de necessidades para além da dimensão biológica, mas sem abrir mão das conquistas da medicina moderna, ao resgatar aspectos tão importantes para a atenção e cuidado à mulher na sua integralidade.

Davis-Floyd (2001) considera que o modelo humanístico emerge em reação aos excessos da tecnocracia, com o objetivo de tornar a assistência mais relacional, recíproca, individualizada, receptiva e empática. Deste modo, a ciência e a tecnologia estarão contrabalançadas pela humanização, o paciente passará a ser visto como sujeito e a tomada de decisão e responsabilidade serão compartilhadas entre o profissional e o paciente.

Para Rios (2009), a humanização da assistência fundamenta-se no respeito e na valorização da pessoa humana, e constitui-se em um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Para esse autor, o campo das subjetividades conforma-se como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Ele ainda caracteriza como valores fundamentais da humanização a participação, a autonomia, a responsabilidade e a atitude solidária, que resultam em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho.

Contudo, a humanização da assistência ao parto requer, principalmente, que os profissionais envolvidos respeitem os aspectos fisiológicos do processo, não façam uso de

intervenções desnecessárias, considerem aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereçam o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Dias e Domingues (2005) consideram que para a efetivação de uma assistência humanizada ao parto é necessária a adoção de estratégias para hierarquização da assistência, com a implantação da assistência aos partos de baixo risco por EO.

Desde a década de 1990, estudos nacionais e internacionais demonstram que a assistência ao parto e nascimento por EO respeita a fisiologia e a normalidade do processo de nascimento e evidenciam benefícios à mulher e ao bebê. Além disso, os partos assistidos por esses profissionais requerem menos analgésicos, sendo reduzida a quantidade de intervenções, tais como episiotomia e parto instrumental (HODNETT, 1989; RABELO; OLIVEIRA, 2010; SANDALL et al., 2015).

Estudo realizado por Camacho e Progianti (2013) com o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento de práticas obstétricas hospitalares pelas EO, perante à implantação do modelo humanizado no município do Rio de Janeiro, evidenciou que essas profissionais reconfiguram o cuidado, centrando-o no estímulo ao protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto.

Porém, a simples substituição do profissional médico por um enfermeira obstétrica não resulta, necessariamente, na humanização da assistência. Para essa efetivação é necessário que a atuação desse profissional esteja inserida em uma nova proposta de cuidado que dê condições para a modificação do modelo assistencial vigente (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Paim (2004) considera que as questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e serviços de saúde expressam os limites do modelo de “desatenção” hegemônico, o qual é caracterizado pela distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde e pelos demais elementos da estrutura de um sistema de saúde.

Assim, é necessário a superação desse modelo de atenção obstétrica que tem sua expressão na medicalização, na desumanização e no desrespeito ao direito à saúde. É necessário analisar e intervir coletivamente nesse cenário de (des)cuidado naturalizado, de modo a desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho, visando à qualificação da atenção ao parto e ao nascimento, assegurando modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças (BRASIL, 2014).

Tais mudanças requerem a atuação de profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de (re)conceber o nascimento para além de um evento biológico (anatômico,

psicológico e bioquímico), mas como um acontecimento bipsicossocial, integrado a componentes mentais, espirituais e sociais (BRASIL, 2014).

Assim sendo, a mudança do modelo vigente deve ocorrer através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltado para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a implementação de protocolos assistenciais surge como um importante instrumento/ferramenta para o enfrentamento de diversos problemas relativos à assistência e à gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, os protocolos assistenciais têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Werneck; Faria e Campos (2009) evidenciam dois tipos de protocolos: 1. Protocolos clínicos, que são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas; e 2. Protocolos de organização dos serviços de saúde, que são instrumentos a serviço da gestão, que abrangem a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais.

Apesar dessa classificação, esses autores consideram que, ao utilizarem os protocolos para apoiar a prática assistencial, os profissionais e instituições de saúde devem ser guiados pelo compromisso de produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado, como a ética e a humanização da assistência, que possibilitam a construção de processos relacionais entre o uso de tecnologias, procedimentos e as necessidades dos usuários (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

De acordo com Rosenfeld, Shiffman e Robertson (2013), o uso de protocolos para respaldar a assistência à saúde promove sua qualificação, reduz as variabilidades de cuidados de saúde, auxilia na integração das equipes de trabalho, dos processos interativos e éticos, na precisão de diagnósticos, além de promover uma maior eficácia terapêutica, ao desencorajar intervenções nocivas e ineficazes.

Catunda (2016), em sua dissertação de mestrado, realizou uma revisão integrativa com o objetivo de evidenciar o percurso metodológico utilizado em teses e dissertações de

pesquisadores brasileiros da área da enfermagem, para a construção e validação de protocolos a fim de verificar os métodos e referências mais utilizados atualmente. Essa revisão evidenciou a ausência de um percurso metodológico padrão, uma vez que foram identificadas distintas fases para a elaboração de protocolos, não havendo uniformidade de normas devido a uma grande variabilidade de condutas. Dentre as etapas, prevaleceram a revisão da literatura científica e a participação de profissionais para auxiliar no processo de elaboração.

Apesar de haver grande variabilidade, no Brasil, há alguns documentos que orientam a construção de protocolos (PIMENTA, et al. 2014; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2008b). Dentre eles, destaca-se o “Protocolo de cuidado à saúde e de organização do serviço” (WERNECK, FARIA; CAMPOS 2009), desenvolvido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), em Minas Gerais.

Quanto à assistência ao parto, os protocolos existentes foram, em grande parte, desenvolvidos pelo MS, como o Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal (BRASIL, 2010a) e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, desenvolvido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (BRASIL, 2016a). Dentre os desenvolvidos por instituições de saúde destacam-se os protocolos construídos por EO do município do Rio de Janeiro (Da SILVA, et al., 2013) e da Bahia (GRAMACHO, et al., 2014).

Por serem instrumentos baseados em evidências científicas atuais, a utilização de protocolos para orientar a assistência ao parto vai ao encontro dos preceitos da humanização, uma vez que é orientada pelo uso do conceito de tecnologia adequada e consequentemente pelo respeito à fisiologia do parto.

No estudo realizado por Proganti e Porfírio (2012) com o objetivo de analisar o processo de inserção de enfermeiras na assistência ao parto e as lutas dessas profissionais para implantar as práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming, fica evidente que a elaboração de protocolos pela equipe de enfermagem foi uma importante ferramenta para a conquista de espaços e para o desenvolvimento de práticas humanizadas.

Portanto, os protocolos são instrumentos que, potencialmente, podem auxiliar os profissionais na tomada de decisões na assistência materno-infantil, com base em princípios éticos, relacionais, e nas melhores pesquisas sobre a segurança e efetividade de procedimentos e intervenções, utilizados de forma adequada e justificada.

Neste trabalho, considera-se a elaboração de protocolos como um recurso essencial para guiar o EO na assistência ao parto de risco habitual de forma qualificada e humanizada,

uma vez que busca o resgate do parto como um evento fisiológico e natural e a abolição de práticas rotineiramente utilizadas de forma inadequada.

Diante disso, é evidente a necessidade de rever e repensar a assistência prestada ao processo de parto e nascimento com vistas a efetivar mudanças no cuidado e contribuir para humanização da assistência obstétrica. Nesse sentido, a elaboração e implementação de protocolos assistenciais, construídos em parceria com EO atuantes na unidade de PPP, contribuirá para a humanização e qualificação da assistência, sendo uma ferramenta fundamental para um processo de transição do modelo tradicional, até então predominante.

Estudos atuais (MARQUES, 2015; HONÓRIO; CAETANO, 2009; ALMEIDA et al., 2016) apresentam como resultados a elaboração, implementação e validação de protocolos assistenciais a partir de estudos de intervenção, porém, se restringem a descrever tais ações, persistindo a carência de pesquisas que reflitam sobre os significados que os profissionais da saúde atribuem a esses processos e as suas influências na prática assistencial.

Assim sendo, este estudo teve como objeto de investigação o processo de elaboração e implementação de protocolos assistenciais em uma unidade de PPP de um hospital universitário do município de Cuiabá-MT e as suas contribuições para a humanização do parto e do nascimento.

Frente ao exposto, questiona-se:

- Quais as etapas realizadas para a elaboração deste protocolo assistencial? Como se concretizou esse processo?
- Qual o significado atribuído ao processo de criação de um protocolo assistencial para humanização da assistência ao parto pela enfermagem?
- Quais são as expectativas das enfermeiras em relação à implantação deste protocolo?
- Qual a influência do processo de criação e elaboração de protocolos assistenciais nas práticas da enfermagem obstétrica em uma unidade de PPP?

Desse modo, ao descrever o processo de elaboração do protocolo de assistência ao parto de risco habitual, esta pesquisa, pretende auxiliar profissionais e serviços de saúde a desenvolverem instrumentos para orientação da suas práticas assistenciais. Além disso, torna-se fundamental identificar os significados atribuídos pelas EO ao processo de elaboração, do qual participaram ativamente, é, uma vez que esses estão intimamente ligados à implementação e à operacionalização de protocolos, e devem ser considerados na reorientação do trabalho assistencial.

3 OBJETIVO

Geral

Analisar o processo colaborativo de elaboração de um protocolo assistencial em uma unidade de PPP, de um Hospital Universitário do município de Cuiabá-MT.

Específicos

1. Descrever o processo metodológico de elaboração de um protocolo assistencial da enfermagem obstétrica, de uma Unidade de PPP.
2. Levantar os significados atribuídos pelas enfermeiras obstetras ao processo de elaboração de um protocolo assistencial da enfermagem de uma unidade de PPP.
3. Identificar as influências do processo de elaboração do protocolo de enfermagem na prática assistencial e na organização do trabalho do grupo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Com vista a melhor compreender o presente objeto deste estudo, e a refletir sobre as questões que envolvem as mudanças nas práticas assistenciais da enfermagem obstétrica do referido hospital universitário, faz-se necessário resgatar a trajetória histórica da parturição e da formação de enfermeiras para assistência ao parto, assim como os aspectos relativos à medicalização do corpo feminino e da assistência ao parto e nascimento. Para tanto, recorreu-se a literatura científica atual sobre o processo da humanização da assistência com base nos programas e políticas públicas implementadas ao longo dos anos no Brasil, e os protocolos assistenciais e seu uso para a qualificação da assistência.

4.1 A assistência ao parto e nascimento: a formação/atuação das enfermeiras obstetras

A assistência ao parto, durante diferentes períodos históricos e nas diversas culturas, sempre foi reconhecida como uma prática essencialmente feminina, decorrente da condição biológica da mulher. Por sua vez, em função do desenvolvimento tecnológico ocorrido ao longo da história da humanidade, em especial ao longo das últimas cinco décadas, a assistência/cuidado ao trabalho de parto e ao parto recebeu a incorporação de novas práticas/tecnologias obstétricas, pela medicina, fato que determinou a ocorrência de inúmeras mudanças nessa vivência.

Via de regra, culturalmente, era esperado que a parturiente fosse acompanhada por mulheres mais experientes, como suas mães, irmãs mais velhas e/ou vizinhas, que já haviam passado pela experiência de ter filhos. Após o parto, durante as primeiras semanas, essas mulheres permaneciam nas residências das puérperas e se ocupavam dos afazeres domésticos, cozinhavam e cuidavam das outras crianças (HOOSHMAND, 2004).

Osava e Tanaka (1997) afirmam que a participação masculina na assistência ao parto, até o século XVII, era mínima, devido a obstáculos de ordem moral, visto ser socialmente reprovada a permanência de homens nos quartos das parturientes, pois essa atitude significaria uma invasão à privacidade/intimidade feminina. Nesse contexto, o exercício do ofício de parteiro ou médico-parteiro era visto como algo degradante, desonroso e vil, uma vez que tal atividade determinava o contato com secreções e odores femininos (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Nos séculos XVII e XVIII teve início o processo de incorporação de ações assistenciais às gestantes e às parturientes no escopo do trabalho médico, processo este

iniciado na Europa e que se estendeu ao Brasil (BRENES, 1991). Para Cardoso e Barbosa (2012), a origem da obstetrícia foi marcada pela apropriação, pela medicina, do saber popular feminino, consolidado no vasto conhecimento empírico das parteiras.

A introdução da medicina neste espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, quanto produz um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber e prática obstétrica. Desde o momento da sua constituição, esta arte centra seus estudos no parto (posteriormente sobre a gravidez) dentro do enfoque biológico, por forte influência da anatomia patológica (BRENES, 1991, p. 135).

Associado a isso, iniciou-se o declínio e a desvalorização da profissão de parteira, fato relacionado ao surgimento do fórceps obstétricos, por se tratar de instrumento de uso restrito entre as parteiras, devido a razões de ordem econômicas e aos paradigmas não intervencionistas das mesmas (OSAVA; TANAKA, 1997).

A assistência ao parto que era concebida como o “cuidar da parturiente” realizada a partir de procedimentos não embasados teoricamente, ganhou expressão concreta com o surgimento do fórceps, iniciando um processo de transição paradigmática, partindo de um cuidado não intervencionista, para a concepção de parto como um ato controlado pelo homem (OSAVA; TANAKA, 1997).

Neste contexto, a medicina consolidou-se como uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e pela educação/formação universitária. Em decorrência de os profissionais médicos terem assumido como atribuição dessa categoria profissional a realização da assistência ao parto, iniciou-se uma vigorosa campanha contra os denominados “charlatães”, dentre os quais foram inclusos as parteiras e os curandeiros (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006; VIEIRA, 1999). Embora tal campanha negativa não tenha extinto da sociedade as parteiras, a assistência ao parto implementada por outros profissionais e por leigos foi convertida em atividade suspeita aos olhos da sociedade (VIEIRA, 1999), melhor dizendo, o acompanhamento do trabalho de parto e parto passou a ser considerado uma situação que requer cuidado técnico especializado.

Assim sendo, diante de um contexto em que predominavam os valores do capitalismo industrial, a assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado pelos médicos (VIEIRA, 1999). Nesse contexto, o processo de hospitalização passou a corroborar para a apropriação dos conhecimentos em obstetrícia pelos profissionais médicos e para o desenvolvimento da assistência.

Com a marginalização das parteiras, decorrente da monopolização da assistência ao parto por parte dos médicos, inúmeros investimentos ocorreram ao longo do século XIX na busca pelo desenvolvimento da medicina obstétrica, com o incremento de novas técnicas cirúrgicas, procedimentos, medicamentos anestésicos e uso da assepsia durante o trabalho de parto e parto (VIEIRA, 1999), fortalecendo ainda mais a ideia de assistência ao parto como uma prática exclusivamente médica.

Diante disso, o parto hospitalar passou a substituir o parto domiciliar, assim, ter filhos em hospitais passou a ser reconhecidamente uma prática mais segura para as mulheres e seus filhos. Essa mudança no processo de parir fez surgir a necessidade de criação de condições necessárias para a inclusão de rotinas obstétricas, o parto transformou-se de uma experiência profundamente subjetiva em um processo mecânico, o corpo feminino passou a ser interpretado como uma máquina, e a regularidade impôs-se como a premissa básica da obstetrícia técnica e científica (OSAVA; TANAKA, 1997).

De acordo com Sodré e Lacerda (2007), com a institucionalização do parto e a apropriação dessa prática pelos profissionais médicos, do sexo masculino, a parturição deixou de ser vista como um evento natural e passou a ser concebida como um acontecimento que necessita de intervenções tecnológicas complexas, com vistas a prevenir possíveis complicações para a mulher e para o bebê.

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta. Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como “aparadeiras”, comadres ou mesmo como parteiras-leigas, que detinham um saber empírico e assistiam em domicílio mulheres durante a gestação, parto e puerpério (BRENNES, 1991).

Entretanto, o trabalho dessas parteiras leigas nunca foi bem visto pela classe médica, mas devido à escassez de profissionais habilitados para a assistência ao parto, até o século XIX elas foram toleradas pelas autoridades. Com a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, foi iniciada a criação das Academias Médico-Cirúrgicas, inicialmente na Bahia e logo após no Rio de Janeiro, o que contribuiu para a profissionalização da assistência ao parto (BRENNES, 1991).

A educação formal de parteiras teve início em 1832, devido ao projeto de reforma das Academias Médico-Cirúrgicas proposta pela Sociedade de Medicina, sendo criadas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, com a abertura dos cursos de Medicina e Farmácia, exclusivos para homens, e o curso para acompanhamento de partos, voltado para as mulheres que desejassem obter a formação e o diploma de parteira (MOTT, 1999).

Conforme Riesco et al. (2011), o curso para acompanhamento de partos propiciava uma formação específica voltada para a capacitação de profissionais para atender as mulheres durante a gestação, parto e puerpério e ministrar os primeiros cuidados ao recém-nascido de forma independente, tanto em domicílio quanto em ambientes hospitalares.

Assim como ocorreu na Europa, os profissionais não médicos foram perdendo lugar na assistência ao parto. As parteiras diplomadas que atuavam de forma autônoma e independente, ou como funcionárias dos serviços de saúde, passaram por um processo gradativo de dizimação e desqualificação. Esse processo culminou com a extinção dos cursos de formação de parteiras vinculados às escolas médicas (RIESCO et al., 2011).

Especificamente no que tange o ensino de enfermagem, este teve início oficialmente em 1890, no Rio de Janeiro, com a promulgação do Decreto nº 791, que instituiu a criação de uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras no Hospício Nacional de Alienados. Assim, no início do século seguinte, foram organizadas outras escolas particulares e públicas em vários estados brasileiros (QUITETE, 2015).

Somente após a 1ª Grande Guerra Mundial a enfermagem moderna, concebida por Florence Nightingale, consolidou-se no Brasil. Santos et al. (2011a) afirmam que o grande marco da enfermagem brasileira foi a criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, no ano de 1922, hoje conhecida como Escola Anna Nery.

Nesse mesmo ano ocorreu a vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas para o Brasil, buscando introduzir o modelo proposto por Ethel Parsons, adequando o Sistema Nightingale à realidade brasileira, com base na experiência norte-americana. Do ponto de vista da educação formal e do corpo de conhecimento que dava suporte à ação prática, esse período se firmou com base em princípios científicos e na execução de técnicas de enfermagem (SANTOS et al., 2011a).

Em 1931, os Cursos de parteiras, que eram vinculados às faculdades de medicina, incluíram em seus currículos a disciplina “práticas de enfermagem” e, nesta nova configuração, passaram a ser denominados como Cursos de Enfermeiras de Maternidade e o título atribuído às concluintes passou a ser de enfermeira obstetra (QUITETE, 2015). No entanto, somente em 1949 as modificações que vinham ocorrendo na prática foram incorporadas à legislação com a publicação da Lei nº 775 de 1949, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e pelo Decreto nº 27.426 de 1949 que aprovou o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. A partir da edição desses dispositivos legais, escolas de enfermagem passaram a formar oficialmente EO (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Esse novo contexto provocou o surgimento de disputas entre enfermeiras e parteiras, as primeiras consideravam fundamental a exigência da formação como enfermeira como pré-requisito para o curso de parto, e as parteiras defendiam estes cursos deveriam permanecer sob tutela médica (OSAVA; TANAKA, 1997). Coexistiam duas profissões com essências semelhantes, mas com dois modelos de formação profissional distintos: o modelo europeu, em que os cursos de obstetrícia estavam ligados às escolas médicas, e o modelo norte-americano, que previa o cuidado obstétrico ensinado no contexto das escolas de enfermagem, sendo considerado uma especialidade da enfermagem (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Com a Reforma Universitária realizada em 1968 deu-se o fim desse empasse. A Reforma definiu pela extinção da duplicidade de cursos com finalidades semelhantes, ficando a cargo das escolas de enfermagem a formação para a assistência ao parto. Essa mudança destruiu um paradigma profissional de autonomia e de formação voltada, exclusivamente, para prática de atenção ao parto (OSAVA; TANAKA, 1997).

Essa fusão de currículos, associada à incorporação dos cursos pelas escolas de Enfermagem, determinou que deixasse de ocorrer o ingresso de alunas para os cursos de obstetrícia, ocasionando uma redução significativa do contingente de profissionais no mercado de trabalho, apesar do curso de graduação em enfermagem ter denominação legal de Enfermagem e Obstetrícia (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Em 1986, com a edição da Lei nº 7.498, foi regulamentado o exercício profissional da enfermagem e de suas especialidades. A chamada Lei do Exercício Profissional da Enfermagem assegura como atribuição do enfermeiro a assistência ao período gravídico-puerperal, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e a execução do parto sem distocia; e ao titular de diploma/certificado de obstetriz ou EO incumbe a assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia; e aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

Por fim, a partir de 1994, novamente o currículo para cursos de graduação em enfermagem foi modificado e as habilidades extintas, sendo os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica o único curso previsto para a formação específica de enfermeiros na área obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Atualmente, apesar de os estudos evidenciarem que a assistência realizada por EO ao trabalho de parto e parto de risco habitual assegura a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando benefícios à mulher e ao bebê, no Brasil, a EO vem lutando para assegurar seu espaço na cena de parto, inclusive travando disputas com a

categoria médica, uma vez que há resistência desses profissionais na atuação da EO no campo obstétrico (SAMPAIO, et al, 2014).

4.2 A medicalização do parto e nascimento

Como abordado anteriormente, a assistência prestada à mulher no momento do parto passou por diferentes fases que se caracterizam pela utilização de diferentes práticas assistenciais. A partir da década de 1940 começou a crescer a tendência à hospitalização dos partos, e no final do século passado mais de 90% dos partos eram realizados em hospitais (RATTNER, 2009).

Rattner (2009) afirma que, com os avanços decorrentes da antibioticoterapia e com a disponibilidade de meios tecnológicos para diagnósticos e terapêuticas, assim como com a melhoria nas condições de vida, ocorreu a redução na mortalidade materna e neonatal, no entanto, nos últimos vinte anos, esse índice, no Brasil, tem se mantido constante e muito superior ao dos países desenvolvidos.

Se por um lado a institucionalização do parto foi responsável, em grande parte, pela redução da mortalidade materna, por outro, a parturição deixou de ser concebida como um evento natural e fisiológico, passando a ser entendida como um processo potencialmente patológico, que requer intervenções médicas para conferir maior segurança para o binômio mãe-bebe.

Com o advento da medicalização dos corpos, a assistência obstétrica passou a ser norteada por um modelo de atenção que controla o corpo feminino e o momento da parturição, modelo esse denominado tecnocrático ou biomédico. Nesse modelo, o corpo humano e os problemas relativos à saúde e à doença seguem uma ótica baseada no paradigma newton-cartesiano da realidade, que tem como principais características o determinismo, o mecanicismo e a fragmentação (MOLIN, 2008).

Rios e Schraiber (2012), ao refletirem sobre o modelo tecnocrático, apontaram características deste presentes no ato médico cotidiano, das quais se destacam, devido aos efeitos determinantes nas contexturas da intersubjetividade, a visão centrada na doença ou na sua investigação, em que o raciocínio foca na conjugação dos dados biomédicos (clínicos e laboratoriais) que compõem um constructo de doença que se apresenta como uma “entidade” quase “independente do doente; o saber médico construído pelo método de recorte e aprofundamento conexo à especialização do conhecimento, tornando-o complexo e fragmentado; a excessiva e indiscriminada utilização das tecnologias duras para realização de

diagnósticos; a linguagem dessensibilizada do discurso médico, que identifica e segrega grupos específicos, retira das comunicações termos que na linguagem evocariam emoções, imagens, coloridos vivenciais, agindo como um escudo contra aproximações do viver e sentir comuns.

Koifman (2001) afirma que o atual modelo dominante concebe o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo às leis naturais e psicologicamente perfeitas. Para o autor, esse modelo de atenção estabelece uma analogia entre o corpo humano e uma máquina complexa, o que pressupõe a necessidade constante de inspeção por parte de um especialista.

Illich (1975, p.6), ao tecer uma crítica incisiva à medicina moderna, envolvendo seus aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos, afirma que “a medicina passa a ser uma oficina de manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Nesse contexto, Davis-Floyd (2001) afirma que os hospitais/maternidades são fábricas de nascimento, o corpo da mãe é compreendido como uma máquina e o bebê o resultado de um processo industrial. Nestes locais os profissionais da saúde realizam inúmeras intervenções, quanto menos conformidade o trabalho de parto exibir, maior número de intervenções serão implementadas com o intuito de trazê-lo para o padrão da chamada normalidade.

A concepção do corpo como uma máquina determinou a abordagem técnica da saúde, caracterizada pela valorização das medidas, o ambiente hospitalar como o melhor local/espço para o atendimento à população e o profissional médico como o centro de todas as ações dos serviços de saúde, e a valorização do uso de procedimentos e tecnologias (MOLIN, 2008).

De acordo com Merhy (1997), tecnologia em saúde é um conceito que apresenta três classificações: 1. Tecnologias leves: são aquelas que implicam na criação de relação entre profissionais da área da saúde e sujeitos, e pode se concretizar através da comunicação, do acolhimento e vínculo; 2. Tecnologias leves-duras: estão relacionadas aos conhecimentos estruturados e técnicos necessários para intervenções no processo de saúde, por exemplo, os conhecimentos relativos à clínica cirúrgica, à obstetrícia e à epidemiologia; 3. Tecnologias duras: tratam-se dos equipamentos tecnológicos, medicamentos e outros instrumentos utilizados na atuação profissional, como as máquinas, as normas e rotinas, e estruturas organizacionais.

Nesse sentido, na assistência ao pré-natal, parto e puerpério as tecnologias leves devem sobrepor todas as outras, mesmo em situações de desvios importantes da normalidade. Nestas situações, em que o uso de tecnologias leves-duras e duras são necessárias e benéficas, essas não devem ser colocadas à frente das tecnologias leves em que o apoio, o cuidado, o diálogo e a observação direta podem potencializar os benefícios (BRASIL, 2014).

Porém, no atual modelo dominante, aspectos relacionados ao patológico são mais valorizados, havendo uma dependência das tecnologias de cuidado, com predomínio das tecnologias duras, ao passo que as tecnologias leves são desconsideradas e desvalorizadas. Disso decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas nas práticas de saúde (BRASIL, 2001a).

Illich (1975), desde a década de 1970, já apontava para a ocorrência de uma nova epidemia decorrente do abuso das intervenções técnicas por parte de profissões da área da saúde, representando uma das fontes da patologia de origem médica, denominadas de iatrogênese clínica. Esse autor também descreveu a produção da cultura medicalizada como uma dimensão social, na qual vivências, sofrimentos e dores, antes administrados no cotidiano familiar, foram transformados em necessidades médicas. Para ele, a medicalização transforma culturalmente as populações, produzindo assim uma sociedade mórbida (ILLICH, 1975).

Nessa perspectiva, para que ocorra o controle pessoal sobre o organismo humano é realizada uma “etiquetagem iatrogênica” das diferentes fases da vida, que consiste em fazer com que os indivíduos leigos aceitem o fato de que necessitam de cuidados médicos, mesmo na ausência de doenças, por simplesmente estarem gestantes, no climatério, serem RN, crianças ou idosos (ILLICH, 1975).

Assim sendo, a vida deixa de ser concebida como uma sucessão de diferentes formas de saúde e passa a ser entendida como uma sequência de períodos que necessitam, de uma forma ou outra, consumir terapêuticas, sendo que para cada um desses períodos é necessário um meio ambiente especial para otimizar a saúde como mercadoria. O homem fica recluso a vivências específicas para sua categoria, conforme idealizado por especialistas encarregados pela gerência de sua saúde, ocasionando a perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de si (ILLICH, 1975).

No que diz respeito à obstetrícia, a mesma racionalidade pode ser aplicada, principalmente durante a gestação e no transcurso do trabalho de parto e parto, nos quais qualquer alteração ocorrida durante este período é vista como patológica. Em decorrência dessa rotina intervencionista, presente no processo de parto e nascimento, percebe-se o abuso

de cesarianas, principalmente as eletivas, como consequência da supervalorização do tempo médico devido à influência do capitalismo em sua prática.

Deslandes (2006) aponta que, atualmente, os serviços de saúde se configuram como um importante locus de altíssima realização de negócios e lucros. Desse modo, todo campo da saúde se constitui de objetos e artefatos que canalizam interesses econômicos, independente das aspirações, desejos, projetos e vontade das pessoas.

Diante do empresariamento da medicina sob a nova ordem de produção de massa, a possibilidade de realizar o parto com hora marcada, amparada na concepção da inofensividade do procedimento, otimizaria os investimentos em um mercado livre de controle (MORAES; GOLDENBERG, 2001, p. 511).

Desde a década de 1990, Faúndes e Cecatti (1991) buscavam explicações para o aumento do número de cesarianas. Esses autores afirmam que a predominância da cesárea no país não pode ser explicada apenas como um meio de melhoria dos resultados perinatais, uma vez que os índices são menores entre populações com menor poder aquisitivo, com maior número de patologias obstétricas, distocias e outras patologias da gravidez e do parto. As hipóteses vão além, envolvem, entre outros fatores, o conforto para o médico em realizar uma cirurgia marcada, justificada pela imprevisibilidade do parto normal e suas possíveis complicações e pela ausência de preparação da mulher para o parto no pré-natal (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Dias et al. (2008), em estudo realizado em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro com o objetivo de descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas, identificar os determinantes da decisão pelo parto cesárea e avaliar a adequação das indicações de cesariana e do manejo do trabalho de parto, apontam que desde o início do período gestacional as mulheres são influenciadas na escolha da via de parto. Os autores apontam que o nível socioeconômico, o contexto sociocultural, as experiências reprodutivas anteriores e as informações recebidas sobre os tipos de parto influenciam a escolha inicial. Durante toda a gestação, informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e médicas, podem modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos.

De acordo com o estudo de Sodré e Lacerda (2007), realizado no município de Londrina-PR com objetivo de conhecer as justificativas dos profissionais de saúde para a realização de práticas intervencionistas na assistência ao trabalho de parto e identificar os

processos de trabalho que embasam a assistência ao parto, o modelo de atenção ao parto dominante prevê um controle total sobre a mulher, transformando-a em um instrumento de trabalho médico. Tal fato denota que uma das finalidades do processo de trabalho é tratar o parto para atender às necessidades antes do profissional do que as da própria parturiente.

Assim, percebe-se que atualmente a assistência ao parto, via de regra, é estabelecida em função das necessidades dos profissionais de saúde e suas rotinas institucionais, e não das necessidades de saúde das parturientes. Dessa forma, a mulher não é considerada centro do cuidado, mas sim objeto, que requer a organização e implementação de práticas que facilitem o desenvolvimento do trabalho do profissional, independente de atender ou não as suas demandas.

A mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (BRASIL, 2001a, p. 18).

Segundo estudo realizado por Salgado (2012), com o objetivo de descrever e analisar a experiência da cesárea autorreferida como indesejada por mulheres que buscaram a vivência de um parto normal, no processo de parturição, principalmente aquele que conduz as mulheres a cesáreas indesejadas, está a marca de uma assistência que virtualmente inviabiliza a possibilidade do protagonismo feminino e da escolha informada, priorizando as conveniências e necessidades da equipe e da instituição que as acompanham, o que resulta em um importante sofrimento.

Santos et al. (2011b), em estudo que analisou o relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes no centro obstétrico de uma maternidade pública do interior da Bahia, demonstram que a assistência de mulheres em trabalho de parto e durante o parto foi concebida como indiferente, pois os profissionais de saúde estabelecem uma relação assimétrica e de poder, sendo o maior contato com a parturiente estabelecido durante o período expulsivo.

Ademais, as experiências descritas e representadas por puérperas, denotaram a falta de humanização da assistência prestada pela equipe de saúde e a ausência de vínculo profissional-cliente. Tais características foram consideradas pelas puérperas participantes deste estudo como uma assistência fria e indiferente, distante da atenção que elas idealizavam receber naquele momento. A sala de parto foi retratada pela maior parte das entrevistadas como um ambiente de dor intensa, aflição, solidão e abandono (SANTOS, et al., 2011b).

Descrições como estas evidenciam a necessidade de mudanças na assistência ao parto e nascimento. Dias e Deslandes (2006) descrevem outros modelos de atenção ao parto e nascimento que já estão em vigor em países da Europa Ocidental, os quais têm como principal diferença o fato de a assistência ao parto ser conduzida por profissionais não médicos, que oferecem maior suporte emocional e cuidado afetivo durante o Trabalho de Parto, realizando menos intervenções invasivas rotineiras, o que emerge como uma possibilidade para a realidade brasileira.

4.3 A humanização da assistência

O termo humanização remete a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas em saúde, trazendo para o cotidiano dos serviços novos e desafiadores conceitos (DINIZ, 2005).

Segundo Deslandes (2004), o termo “humanização” geralmente é utilizado para designar as práticas que valorizam a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e conexo ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, significando ainda o reconhecimento do profissional.

Casate e Corrêa (2012) afirmam que a humanização diz respeito à construção de mudanças nas práticas de gestão e cuidado, de forma a promover melhorias no cuidado e consolidação dos princípios do SUS, valorizando aspectos subjetivos e as dimensões sociais.

A humanização implica em profundas mudanças nos modos de cuidar e gerir a saúde, atualmente compostos por práticas de saúde excessivamente medicalizadas e desumanizadoras, o que aponta para a necessidade de uma “nova cultura” de atenção às mulheres no processo da parturição. Segundo Rebello e Neto (2012), a humanização da assistência ao parto e nascimento destaca-se como uma abordagem que vem sendo implementada com o objetivo de tornar o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família.

De acordo com Dias e Domingues (2005), o conceito de humanização da assistência ao parto congrega vários aspectos, alguns relacionados à mudança na cultura que orienta a assistência hospitalar, como a organização de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias, e modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras.

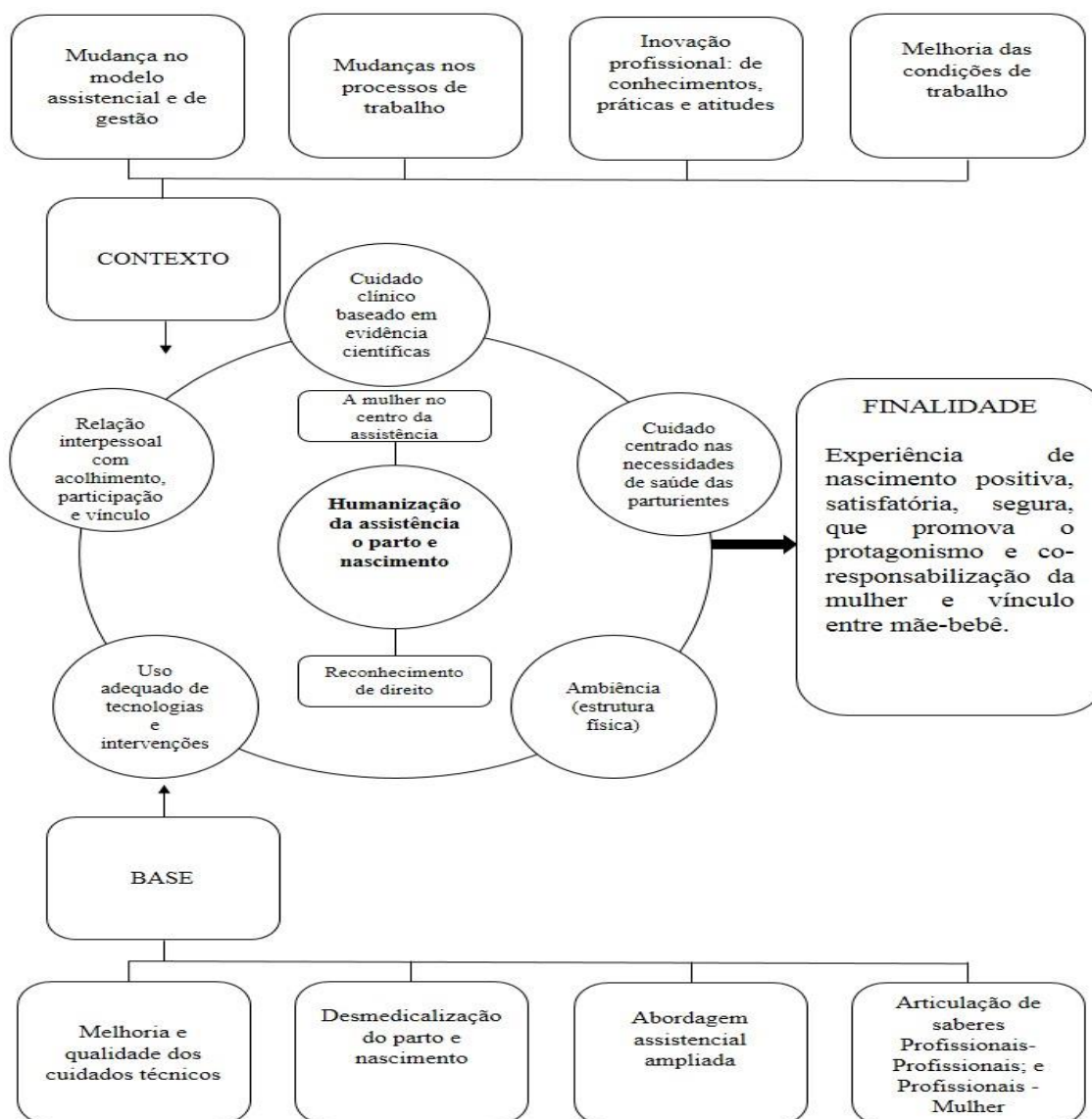
No estudo realizado por Souza, Gaíva e Modes (2011), com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto sobre a humanização do processo de nascimento, ficou evidente a polissemia do termo humanização. As autoras destacam como imprescindíveis, para efetivação da humanização da assistência ao parto, que haja qualidade na relação interpessoal estabelecida entre os profissionais e as parturientes, que pode ser alcançada com a prática da escuta, do acolhimento, valorização da dignidade e respeito. Apontam ainda a necessidade de implementar ações voltadas à desmedicalização do parto e do nascimento, colocar em prática os direitos da paciente e os princípios éticos do cuidado, minimizar danos, maximizar benefícios e assegurar a permanência do acompanhante de escolha da parturiente.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008), humanizar a assistência à mulher em trabalho de parto e parto requer colocar a mulher em uma posição de destaque, como protagonista desse momento, valorizar seu corpo e sua função social e respeitar seus anseios e desejos (BRASIL, 2008c).

Conforme Nagahama e Santiago (2008), a vertente humanista dessa assistência deve centrar-se na mulher, implementar práticas baseadas em evidências científicas e no respeito aos direitos da usuária. Tal perspectiva de cuidado tem sido usada em substituição ao modelo hegemônico, que se ancora nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias.

A partir dos significados e conceitos atribuídos à humanização da assistência, foi construída a Figura 01, que realiza uma síntese da concepção de humanização ao parto e nascimento.

Figura 1. Eixos norteadores da humanização da assistência ao parto e nascimento



Fonte: Elaborado e concebido pelas autoras

A figura 1 representa a concepção da humanização a partir dos seus eixos norteadores, princípios, contexto, base e finalidade. Dessa forma, a humanização perpassa pelos princípios do reconhecimento dos direitos da parturiente e pela aceção da parturiente como centro da assistência. Seus eixos norteadores consistem em: prestação de um cuidado voltado para às necessidades de saúde das parturientes, baseado em evidências científicas atuais e pautado no uso adequado de intervenções e tecnologias, que seja prestado em um ambiente acolhedor, que possibilite a relação interpessoal entre profissionais e parturientes, por meio de medidas acolhedoras, do estabelecimento do vínculo e da participação ativa da parturiente na assistência, além disso, é necessário que haja uma articulação com a rede de cuidados, de modo que a parturiente seja atendida na sua integralidade, nos diferente níveis de atenção.

Para que seja efetivada a humanização da assistência ao parto e nascimento é necessário basear a assistência na consolidação da qualidade e segurança dos cuidados técnicos, na desmedicalização do parto, em uma abordagem assistencial ampliada, que deve abranger além de aspectos clínicos e na articulação de saberes entre profissionais da saúde e entre estes e as parturientes. Para que isso ocorra, é necessário que o contexto esteja voltado para mudanças no modelo de cuidar e gerir saúde, para melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da saúde, e o investimento destes, por meio de constantes atualizações, no que diz respeito aos seus conhecimentos, práticas e atitudes.

A partir disto, acredita-se que a finalidade de um cuidado humanizado consolidado é: proporcionar às parturientes uma experiência positiva, satisfatória, segura, que seja amparada no protagonismo e co-responsabilização destas, que possibilite a presença de um acompanhante de escolha da mulher e que promova o vínculo entre mãe-bebe.

Desse modo, neste estudo, assume-se a atenção humanizada ao parto como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que valorizem a qualidade do cuidado clínico, que respeitem as subjetividades e os direitos de cada parturiente, assim como os aspectos sociais e culturais, permitindo que o profissional da saúde estabeleça vínculos com cada mulher, perceba suas individualidades, implemente a prática baseada em evidências, e que a assistência seja centrada nas necessidades de saúde de cada mulher, favorecendo o protagonismo da parturiente e respeitando a fisiologia do parto com o abandono de práticas que provocam a despersonalização do cuidado e as ações intervencionistas.

As concepções de humanização contrapõem-se ao modelo hegemônico de assistência ao parto, modelo este restrito à seleção de necessidades na perspectiva dos profissionais da saúde, em que a mulher é colocada como objeto do processo parturitivo.

Estudo realizado por Malheiros et al. (2012), no município de Niterói-RJ, que objetivou descrever os conceitos instituídos pelos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto e nascimento, identificar e avaliar a implementação dos saberes e práticas de humanização, aponta que a efetiva implantação do modelo de humanização da assistência ao parto e nascimento associa-se, diretamente, à necessidade de mudanças paradigmáticas que rompam com o modelo tecnocrático vigente.

Mundialmente, a crítica ao modelo tecnocrático se intensificou a partir da década de 1970, quando passou a ser considerado como inadequado. Em decorrência das críticas recebidas surgem posturas de mudanças na concepção da dimensão anátomo-fisiológica e emocionais do parto. Tais críticas se intensificam com a criação do Comitê Europeu de estudos voltados à redução da morbimortalidade perinatal e materna no continente. A partir da

implementação dessa iniciativa Europeia, vários grupos se organizaram para realizar estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiados pela OMS (DINIZ, 2005).

À época foram detectados problemas muito semelhantes aos que ocorrem na atualidade, tais como aumento de custos dos partos hospitalares, porém sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; e a falta de consenso sobre os melhores procedimentos e as condutas dos profissionais (DINIZ, 2005).

No Brasil, desde a década de 1980, a proposta de humanização nas ações e serviços de saúde tem sido amplamente discutida. Frente a isto, o MS tem proposto programas e políticas de saúde que vêm norteando os cenários de atenção. Essas políticas surgiram a partir de construções sociais e reivindicações dos movimentos feministas, o que têm demandado mudanças na qualidade da assistência ao parto e nascimento. Reivindicando a humanização do processo e questionando o modelo biomédico, e adequação às exigências de órgãos internacionais para assegurar uma resposta às necessidades de saúde das mulheres (DIAS; DESLANDES, 2006).

Dias e Deslandes (2006) afirmam que a primeira política pública do MS para a humanização da assistência foi o PAISM, lançado em 1983. Essa política marcou avanços significativos para a época, constituindo-se em importante desafio para garantir a “atenção integral à saúde da mulher”.

Para Osis (1998), as diretrizes do PAISM foram pioneiras, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Ademais, esta política valorizou, com grande ênfase, o processo educativo de aspectos relacionados à vida sexual, ao pré-parto, ao parto e ao pós-parto. Assim, é preciso reconhecer que o PAISM teve um amplo significado social, pois impulsionou, por todo o Brasil, debates e reflexões a respeito da humanização da assistência à gestação, ao parto e nascimento.

Como resposta a essas demandas e ainda com a intenção de orientar os rumos da assistência na busca da construção de uma atenção qualificada ao parto, esse movimento favoreceu o desenvolvimento de uma série de iniciativas voltadas a essa parcela da população, quais sejam: Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), o projeto Maternidade Segura, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), a Política Nacional de Humanização (PNH), a promulgação da Lei do Acompanhante e mais recentemente a instituição da Rede Cegonha.

Historicamente, os fatos se sucederam da seguinte forma: em 1993 foi organizada uma rede para discutir a situação do nascer no país, que resultou no manifesto de apoio ao parto natural, denominado de “Carta de Campinas” e, conseqüentemente, na criação da REHUNA, movimento que abriga profissionais da saúde e organizações não governamentais ligadas ao movimento feminista, criada com a finalidade de refletir, com os profissionais da saúde, sobre o modelo de atenção ao nascimento predominante no país e a divulgação da assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da OMS (RATNNER et al., 2010).

Ratnner et al. (2010) apontam que essa rede desempenhou e desempenha um papel fundamental na estruturação do movimento de “humanização da assistência ao parto e nascimento”, buscando diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado, ao processo de gravidez-parto-nascimento-amamentação, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico, com base em evidências científicas (RATNNER et al., 2010).

Em 1995 foi criado o Projeto Maternidade Segura, decorrente de uma parceria entre o MS, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), a OMS e o Fundo das Nações Unidas. Esse projeto propôs um conjunto de critérios e procedimentos técnicos denominados “Oito Passos para a Maternidade Segura”, sugerindo mudanças assistenciais com o objetivo de garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como o planejamento familiar; incentivar o parto normal humanizado; criar rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar a equipe de saúde para implementar as rotinas; garantir uma estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal; criar e manter um arquivo e um sistema de informação; e avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal (BRASIL, 1995).

Em 1996, o MS traduziu e distribuiu para os serviços saúde o Manual de “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” publicado pela OMS nesse mesmo ano. Esse instrumento propunha a modificação do modelo de atenção ao parto, com a utilização de evidências científicas. Para tanto, apresentou recomendações práticas para a humanização do trabalho de parto e parto, e evidencia sobre a não indicação clínica de práticas utilizadas de forma rotineira, como administração de ocitocina, realização de episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia, entre outros. Esta publicação teve como proposta não a erradicação dessas práticas, mas seu emprego associado com a sua comprovada necessidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

A partir de 1998, o MS implementou uma série de iniciativas com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica. Para além dessas propostas, faz-se necessário destacar cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a implantação de CPN (BRASIL, 1999), que funcionariam exclusivamente com a atuação dessas profissionais de enfermagem capacitadas para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. No ano de 2015, ocorreu a redefinição das diretrizes para a implantação e habilitação das CPN, através da Portaria nº 11 de 2015, que garante a atuação das enfermeiras obstetras nesses espaços, reafirmando a garantia de uma atenção humanizada ao parto e nascimento (BRASIL, 2015).

Em 2001 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que objetivou consolidar a cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS. Até então, todas as iniciativas voltadas para a humanização da assistência estavam centradas na saúde materno-infantil, o que evidencia o diferencial desta proposição. Destaca-se nesse programa o foco em aprimorar as relações entre os profissionais da saúde, entre esses profissionais e os usuários dos serviços e entre hospital e comunidade visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições (BRASIL, 2001b).

Em estudo realizado por Deslandes (2004), com o objetivo de analisar o discurso do MS sobre a humanização da assistência, a autora afirma que o PNHAH destaca a importância da conjugação do binômio “tecnologia” e “fator humano e de relacionamento”. Apesar de considerar que ambos contribuem para a qualidade do sistema, o “fator humano” é considerado o mais estratégico por este programa.

Para Dias e Deslandes (2006), essa política se destaca por não envolver apenas os aspectos relacionados à satisfação dos usuários, mas também aspectos relacionados às condições de trabalho e à satisfação dos próprios profissionais.

Em 2002, buscando mudanças no panorama da assistência à mulher no período gravídico, no parto e no nascimento, o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento que foi criado a partir da Portaria nº 569, do ano 2000, e teve como objetivo garantir a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério das mulheres e ao RN, na perspectiva dos direitos de cidadania e humanização da assistência (BRASIL, 2002).

O PHPN estabelece dois aspectos fundamentais para adequação da assistência obstétrica e neonatal humanizada: 1) adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais, relacionado à convicção de que é dever destes receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o RN nas unidades de saúde; 2) estabelecimento de medidas e

procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando a implementação de práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000).

Dias e Deslandes (2006) consideram que tanto o projeto Maternidade Segura, quanto o PHPN envolvem aspectos que vão desde o cuidado médico, do ponto de vista da qualidade técnica da assistência, até os aspectos psicossociais das mulheres em trabalho de parto.

Complementarmente ao PHPN, em julho de 2005, foi editada a Portaria N° 1.067/GM que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal com os seguintes objetivos: o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e RN, com vistas à ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2005a).

Com o intuito de ampliar o processo de humanização para todas as ações e serviços de saúde, utilizando para tanto as iniciativas já existentes, o Governo Federal criou a Política Nacional de Humanização, denominada de “HumanizaSUS”, que objetiva qualificar práticas de gestão e atenção em saúde (BRASIL, 2004). Desse modo, a humanização passou a ser pensada de forma mais completa, envolvendo não só as unidades hospitalares como toda a rede de saúde e de formação de profissionais da área.

Pasche, Passos e Hennington (2011) afirmam que apesar da PNH não inaugurar o tema da humanização no âmbito do SUS, essa política muda seu sentido e estratégias. Estes autores complementam que, anteriormente a sua implementação as iniciativas tinham como características o fato de estarem na contramão dos princípios do SUS, além disso, havia uma baixa transversalidade entre os programas e setores do MS e a imprecisão conceitual sobre o objeto - humanização da saúde.

A PNH foi criada em 2003 a partir de uma preocupação metodológica em se buscar formas para garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS; maneiras de intervir em certos modos de conceber, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde, modos estes considerados “desumanizadores”, na medida em que são incoerentes com o direito à saúde de todos e com a garantia de acesso universal e equitativo às ações integrais em saúde; a composição de vias para a operacionalização de ações integrais; e formas de intervir, analisar e produzir mudanças em processos de trabalho, qualificando a atenção e gestão no SUS (BRASIL, 2014).

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política voltada à reinvenção dos modos de gerir e de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação

da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Essas diretrizes se apoiam em três princípios: a transversalidade relativa ao grau de comunicação entre sujeitos, grupos e serviços, visando à transformação dos modos de se relacionar implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que há uma relação inseparável entre os modos de cuidar e os modos de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos compreendidos como sujeito do serviços e de si e no mundo, das diferentes realidades sociais, afirmando que a autonomia dos sujeitos envolvidos implica em atitudes que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2010b).

A PNH define por humanização um certo modo de fazer inclusão traduzido pelo seu método - o método da tríplice inclusão. Esse método caminha no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados nesses processos, sendo a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilidade; a inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; e a inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal (BRASIL, 2008a). Em outros termos, a humanização traduz-se em inclusão e de forma subsequente da produção de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS (BRASIL, 2014).

A humanização produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS, mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção (BRASIL, 2014, p. 11).

Para transformar as práticas de saúde, com vistas à ofertar aos usuários um cuidado integral e humanizado, são necessárias mudanças no processo de construção dos sujeitos envolvidos. Desse modo, tanto profissionais da saúde quanto usuários e comunidade se tornam protagonistas e corresponsáveis pela efetivação dos princípios do SUS.

Especificamente em relação à assistência ao processo parturitivo, a implementação da PNH, pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS, (BRASIL, 2005b), marcou profundamente a assistência prestada a essa parcela da população.

Por fim, respondendo à necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, foi instituída a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010c).

Buscando implementar a RAS e diante do desafio de construir estratégias específicas para a inclusão prioritária de populações estratégicas e seus segmentos mais vulneráveis, bem como de construir respostas para agravos de grande magnitude (como aqueles associados à condição de cronicidade) e situações críticas (como a organização da oferta de serviços de urgência e emergência), o MS propôs a organização de Redes de Atenção à Saúde Temática (PASCHE et al., 2014).

Assim, com a finalidade de estruturar e reorganizar a atenção à saúde materna e infantil, foi editada a Portaria nº 1.459 de 2011 que instituiu, como uma política prioritária do governo, a Rede Cegonha definida como uma rede de cuidados que assegura à mãe um planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez e seus demais estágios, bem como o nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança. Para tanto, a Rede Cegonha tem como princípios o respeito à diversidade, a promoção da equidade e o respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha foi formulada e desenhada como estratégia de redução das mortalidades materna e infantil, bem como para garantir o respeito e a proteção dos Direitos Humanos em Saúde; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (PACHE et al., 2014, p. 62).

De modo geral, percebe-se a formulação de importantes políticas públicas voltadas para uma atenção integral à saúde da mulher, as quais envolvem diretamente mudanças no campo obstétrico. Contudo, Maia (2011) salienta que ao longo do território brasileiro essas políticas e propostas encontram-se implementadas de forma diversificada e a sua existência

não garante que, de fato, sejam praticadas conforme previstas em virtude de outros aspectos estarem envolvidos nesse processo.

Um desses aspectos diz respeito aos profissionais de saúde, atores da humanização do parto e nascimento. Dias e Domingues (2005) afirmam que a humanização da assistência ao parto requer que os profissionais envolvidos respeitem os aspectos fisiológicos do processo, avaliando criteriosamente as intervenções a serem implementadas, levando em consideração os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ao oferecer suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. É fundamental, ainda, que haja respeito à autonomia da mulher; incentivo à presença de um acompanhante de sua escolha; esclarecimento às mulheres sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e o respeito a seus direitos de cidadania (DIAS; DOMINGUES, 2005).

No entanto, faz-se necessário refletir sobre as reais condições desses trabalhadores para o oferecimento de um atendimento humanizado, tendo em vista que são submetidos a baixos salários que tendem a estimular a comercialização da saúde, além de vivenciarem falhas em seus processos formativos, péssimas condições de trabalho que propiciam uma assistência burocratizada, que prioriza rotinas massificantes e substitui a clínica pelo uso de novas tecnologias (MERIGHI; GUALDA, 2009). Desse modo, esses profissionais, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de se transformar em pessoas mais críticas e sensíveis (GOULART; CHIARI, 2010).

Atualmente, a formação dos profissionais que prestam assistência ao parto tem se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar esses trabalhadores habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas (MALHEIROS et al., 2012).

Para Merighi e Gualda (2009), a maioria dos currículos das faculdades, principalmente de formação médica, ainda estão voltados para a visão biocêntrica e tecnocrática, sendo que a ênfase do processo educativo está nas doenças, nos procedimentos técnicos e nas tecnologias, além disso, o ambiente em que ocorrem as atividades práticas de ensino não possibilitam o reconhecimento da assistência integral e humanizada.

Frente a este movimento que busca a efetivação da humanização da assistência, observam-se iniciativas do MS para incentivar a participação de EO na atenção à gestação e ao parto, tendo como referência a ideia de que sua formação deva ser orientada para o

cuidado, e não para a intervenção. Destarte, esta profissional é vislumbrada como agente potencial para contribuir com a modificação do atual modelo de assistência obstétrica (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

A implantação da atenção aos partos de risco habitual por enfermeiras obstetras está relacionada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, uma vez que essas profissionais adotam abordagens diferenciadas na condução do trabalho de parto por se encontrarem inseridas em um contexto de humanização do parto e nascimento (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A enfermeira obstetra, em sua atuação profissional, precisa desenvolver habilidades e competências, adquirir segurança técnica e perceber múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir [...] A prática assistencial da maioria das EO é voltada à valorização da mulher, fortalecendo-a no processo de parir, tratando-a com carinho, respeitando-a em seu tempo, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto, estimulando os exercícios, massagens, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de posições, como a de cócoras, durante o trabalho de parto (CAUS et al., 2012, p. 35).

Diante do exposto, fica claro que o fato de criar programas de humanização do parto e nascimento, por si só, não assegura a efetivação da humanização da assistência ao parto e nascimento. Os profissionais que atuam na assistência necessitam de subsídios para a efetivação da humanização do cuidado, sendo inviável destinar vultosos investimentos para programas de humanização da assistência no âmbito dos serviços de saúde sem dar atenção especial à formação profissional.

Para Busanello et al. (2011), é necessário considerar toda a complexidade associada à inserção de novas práticas e também lançar uma redefinição nas relações que envolvem os sujeitos desse processo, além de ainda ser necessário que ocorram adequações da estrutura física e equipamentos hospitalares. Nesse sentido, os protocolos assistenciais são essências para a implementação de mudanças na assistência ao parto e nascimento, uma vez que são instrumentos que auxiliam no manejo de um problema de saúde ou em circunstâncias clínicas específicas e são considerados importantes ferramentas para atualização na área da saúde na medida que contribuem para a redução da variação inapropriada na prática assistencial (BRASIL, 2008b).

4.4 Protocolos assistenciais: tecnologias qualificadoras da assistência

As tecnologias em saúde conformam-se como um conjunto de conhecimentos científicos e empíricos, sistematizados, em constante processo de inovação, os quais são

aplicados pelo profissional de enfermagem em seu processo de trabalho para o alcance de um objetivo específico (PAES, 2011).

Atualmente, o termo “tecnologia” é, por vezes, entendido ou aplicado como um objeto físico, tal como as máquinas, no entanto seu significado vai muito além. O MS, com a publicação do manual técnico - Avaliação de Tecnologias em Saúde, Ferramentas para a Gestão do SUS (2009), afirma que as tecnologias em saúde são os medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte, os quais viabilizam a oferta de cuidados para a saúde (BRASIL, 2009b).

De acordo com Moraes (2013), as tecnologias em saúde, na assistência de enfermagem, conformam-se como ferramentas que auxiliam no processo de cuidar, uma vez que dinamizam a assistência tornando, por vezes, o cuidar mais eficaz, além de enriquecer a prática de enfermagem com a integração entre avanços científicos, equipamentos, humanização e qualificação da assistência. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais realizem constantes atualizações devido às inúmeras mudanças e avanços no contexto tecnológico como forma de possibilitar o uso da tecnologia mais adequada frente as suas práticas assistenciais (MORAES, 2013).

Nesse sentido, muitas tecnologias vêm sendo desenvolvidas ou aplicadas por enfermeiros a fim de facilitar e aprimorar o seu processo de trabalho, dentre elas, destaca-se a criação e o uso de protocolos em serviços de saúde, que vêm sendo utilizados como uma ferramenta capaz de homogeneizar e qualificar a prática de enfermagem (MORAES, 2013).

Segundo a classificação de tecnologias descrita por Merhy (1997), os protocolos assistenciais são considerados tecnologias leve-duras, uma vez que incorporam saberes estruturados, desenvolvidos de modo sistemático para auxiliar os profissionais da saúde no processo decisório na prática assistencial diária.

Conforme Franco e Junior (2003), mudanças no modelo assistencial hegemônico são imprescindíveis, sendo, para tanto, necessário o investimento na inversão de tecnologias em saúde, ao se priorizar o uso de tecnologias leves e leves-duras, com vistas a garantir que o processo de trabalho seja centrado na interação entre saberes e práticas, necessários para que o cuidado caminhe rumo a um modelo de atenção integral à saúde.

Paim (2004) refere que, apesar de certas críticas ao uso abusivo de tecnologias, estas possibilitam reforçar as políticas públicas voltadas para o cuidado e permitem agregar qualidade às práticas de saúde como dispositivo racionalizador, pedagógico, avaliador e indutor de pesquisas na atenção à saúde. Nesse sentido, o MS propõe iniciativas tais como a

criação e uso de protocolos para embasar a assistência à saúde e as iniciativas voltadas para a humanização da assistência e para o apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde.

De acordo com Paes (2011), os protocolos podem ser entendidos como apropriação de tecnologias para o cuidado, dessa forma, sugerem a implementação de um saber agir diferente, que considera, além da condição clínica do cliente, a incorporação do desejo/necessidade deste, para só então deliberar sobre a decisão clínica.

Werneck, Faria e Campos (2009) referem que atualmente há uma diversidade de protocolos produzidos conforme a sua natureza, tais como protocolos assistenciais, de atenção, clínicos, de cuidado, de acompanhamento e de avaliação, de organização da atenção etc. Porém, segundo esses autores, estes podem ser agrupados em protocolos clínicos e em protocolos de organização dos serviços.

Vale ressaltar que o protocolo elaborado a partir deste estudo se trata de um protocolo clínico, uma vez que, com a sua elaboração, buscou-se direcionar a assistência às gestantes de risco habitual por meio de conhecimentos e tecnologias voltados para ações clínicas, preventivas, promocionais e educativas.

Conforme a Lei nº12.401 de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, protocolos devem estabelecer condutas a serem implementadas nas diferentes fases de doenças, agravos à saúde ou circunstância clínica, sendo conceituado como:

Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011b, p. 1).

Inúmeras vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos na assistência, tais como garantia de oferta de maior segurança aos usuários e profissionais; redução da variabilidade de ações de cuidado; melhoria na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial; facilidade para a incorporação de novas tecnologias; inovação do cuidado; uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (PIMENTA et al., 2014).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, as diretrizes clínicas ou protocolos assistenciais são poderosos instrumentos para a gestão e regulação dos sistemas de saúde, visto que possuem potencial de homogeneização das práticas em saúde, além de apontarem possibilidades para a simplificação dos procedimentos, o fornecimento de

parâmetros clínicos para o tratamento, a reabilitação e o diagnóstico de diferentes doenças e a redução da ocorrência de eventos adversos, melhorando, assim, a segurança do paciente (BRASIL, 2009a).

Além de servirem como orientação para os profissionais de saúde, os protocolos são poderosos instrumentos para a gestão e a regulação dos sistemas de saúde, com o potencial de reduzir conflitos entre prestadores, provedores e recebedores de cuidados, tanto nas esferas administrativa quanto judicial. Constituem-se em importantes ferramentas para redução de eventos adversos e, portanto, para garantir a segurança do paciente. Podem ainda proporcionar aos pacientes dados qualificados a respeito de sua saúde ou doença, notadamente em um momento em que existe enorme facilidade de acesso a todo o tipo de informação, seja ela confiável ou não (BRASIL, 2009a).

Werneck, Faria e Campos (2009) evidenciam que os protocolos são essenciais para a construção dos modelos de atenção, uma vez que padronizam condutas clínicas com base em evidências científicas e no processo de trabalho, elementos importantes para a obtenção de qualidade nos serviços.

Pedrolo et al. (2009), evidenciam que devido aos avanços das tecnologias e equipamentos utilizados nas práticas em saúde, o processo de cuidado e a assistência exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar, sendo necessário compreender os impactos desses no cuidado. Dessa maneira, é necessário basear a prática assistencial em estudos que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis.

Conforme Pimenta et al. (2014), a principal contribuição dos protocolos assistenciais é o aprimoramento da assistência através do uso de práticas cientificamente sustentadas. Desta forma, são construídos no contexto dos princípios da prática baseada em evidências, oferecendo as melhores opções disponíveis de cuidado.

Este movimento de fundamentar a prática assistencial em evidências científicas surgiu no final da década de 1970 por meio da Medicina Baseada em Evidências. A partir disso, a experiência clínica não sistematizada e o racionalismo patofisiológico deram lugar à tomada de decisões clínicas com base em pesquisas realizadas com boa metodologia e na aplicação de métodos estatísticos (BRASIL, 2009a).

Conforme Faria et al. (2009), o processo de trabalho são os modos como os profissionais da saúde desenvolvem as suas atividades, em geral, constitui-se a partir de um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade. Em um processo de trabalho, as finalidades ou

objetivos são projeções de resultados que visam à satisfação de necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho por meio da atividade produtiva. Eles abrangem um espectro muito amplo: as ferramentas e estruturas físicas, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize; os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho, comumente chamados de meios intangíveis (ou tecnologias leve-duras e leves); por fim, as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho (FARIA, et al., 2009).

Dessa forma, fica evidente que os protocolos, ao seguirem as diretrizes do SUS, podem exercer marcada influência na construção do modelo de atenção à saúde. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações quanto para a padronização destas e dos próprios processos de trabalho. Desse modo, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

No estudo realizado por Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo na assistência pré-natal, os autores evidenciaram que esta ferramenta ofereceu aos enfermeiros uma organização da assistência por estabelecer condutas e procedimentos que otimizam o processo de trabalho em saúde e beneficiam a gestão, os profissionais de saúde e usuário. Além disso, o protocolo auxiliou na reorganização do processo de trabalho, dotando o enfermeiro de maior autonomia.

Estudos atuais demonstram que, muitas vezes, devido à rigidez das práticas baseadas em evidências e dos protocolos assistenciais, há uma redução da autonomia dos profissionais, ocasionando a não adesão a eles. Além disso, embora amparados por referências científicas, estes não devem ser tomados para além de sua real dimensão (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009)

Segundo Paes (2011), o uso de protocolos deve ser entendido como recurso orientador para a Atenção à Saúde, não se constituindo portanto, em mecanismo de controle ou engessamento de possibilidades de inovação do cuidado. Os serviços de saúde devem buscar

o equilíbrio entre a autonomia dos profissionais e a padronização da assistência numa lógica organizacional.

Apesar dos protocolos baseados em evidências representarem ferramentas para o direcionamento da atenção e cuidado ao paciente, cabe ao profissional a decisão de seguir ou não as suas recomendações, ao considerar as especificidades e individualidades do paciente, a situação que se apresenta e o seu contexto, auxiliando na separação de práticas desnecessárias das fundamentais (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, os protocolos assistenciais são ferramentas de apoio teórico-prático que favorecem o planejamento do cuidado, proporcionando a qualificação da assistência individual e coletiva (PAES, et al., 2014).

Além disso, Werneck, Faria e Campos (2009) apontam alguns riscos e limites frente ao uso dos protocolos, como a sua utilização sem que haja uma avaliação constante, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constituindo significativo risco de produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante; e a inovação com adoção de evidências internacionais ou uso não crítico de tecnologias o que pode tornar as práticas inadequadas com o contexto local.

É imprescindível que os protocolos sejam construídos a partir da realidade local em que será implementado e que, constantemente, sejam realizadas atualizações com base em novas evidências científicas e inovações tecnológicas.

Conforme Pimenta et al. (2014), existem critérios para a elaboração de protocolos, sendo eles: a) Origem: a necessidade de construção deve ser identificada pela instituição/departamento em que o protocolo será implementado; b) Objetivo: informar claramente a situação clínica e as categorias de pacientes para as quais o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará; c) Grupo de desenvolvimento: incluir nos grupos profissionais especialistas na área, aqueles com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica, análise de custo-efetividade além dos usuários finais; d) Evidências: derivam da busca e análise das evidências científicas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia de busca da evidência, força de sua recomendação, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos; e) Revisão: deve ser submetido à revisão externa ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo, diretivo da instituição e plano de atualização; f)

Indicador de resultado: é uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo.

Quanto à validação, esses autores referem que deve ocorrer pelos profissionais e pelos usuários. A validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada a inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador do protocolo, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa. O uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão, que pode ser maior ou menor, dependendo do tipo de protocolo, do tipo de serviço e da organização dos usuários, o que permitiria e legitimaria a sua participação (PIMENTA, et al., 2014).

Para a implementação de um protocolo é preciso apresentar um plano de implantação e divulgação. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos *sites* oficiais, em livros, cursos, seminários e disponibilizada eletronicamente (PIMENTA, et al., 2014).

Schweitzer (2010) aponta que os protocolos voltados para a assistência de enfermagem devem discernir quais os cuidados necessários e estabelecer prioridades para a assistência ao cliente. A partir disso, ao elaborarem um protocolo com base em estudos científicos, os enfermeiros devem promover a análise e avaliação das questões com as quais lidam cotidianamente, favorecendo assim, uma assistência de enfermagem rápida, eficaz e sem danos (SCHWEITZER, 2010).

Conforme Paes (2011), os protocolos são ferramentas tecnológicas em saúde, facilitadoras assistenciais de enfermagem aplicadas ao gerenciamento do cuidado, uma vez que sua formulação está baseada em etapas processuais do processo de trabalho da enfermagem, contribuindo para a legitimidade e autonomia profissional.

Catunda (2016) evidencia que o uso de protocolo para basear a assistência em saúde proporciona maior segurança aos profissionais, maior conhecimento para embasar a prática e qualificação da assistência, uma vez que se trata de uma ferramenta válida e pautada em evidências científicas.

Na área da enfermagem obstétrica, atualmente, é possível verificar que muitas práticas utilizadas rotineiramente na assistência ao trabalho de parto e parto não estão embasadas em evidências científicas atualizadas, como a episiotomia, a amnitomia, a manobra de Kristeller, entre outros. Por essa razão, os protocolos assistenciais dessa área surgem como importantes

instrumentos que concorrem para a qualificação da assistência à mulher, à sua família e ao neonato.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Como já mencionado, o presente estudo está vinculado ao Projeto Matricial denominado: “Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem”. E corresponde à primeira fase do projeto matricial.

Considerando as especificidades desta pesquisa, relacionadas à natureza do seu objeto, ao contexto onde ocorreram os fenômenos analisados e ao objetivo proposto, optou-se pela realização de uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA).

5.1 Abordagem e tipo de estudo

Turato (2005) refere que, ao se aplicar a metodologia qualitativa à área da saúde, pretende-se conhecer a fundo vivências e representações que pessoas atribuem a experiências de vida, portanto, visa entender o significado de determinado fenômeno para a vida do sujeito em pesquisa e a sua participação nele.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e ocupa-se com uma realidade que não pode ou não deve ser quantificada, assim, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e atitudes. Sendo “esse conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro da realidade vivida” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009, p. 21). Esse tipo de abordagem permite o “aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão” de uma realidade subjetiva. (MINAYO, 2010 p. 197).

Neste estudo, optou-se pela abordagem qualitativa, por acreditar que esse segmento metodológico permite a compreensão do processo de desenvolvimento e criação de um protocolo assistencial, voltados para humanização do parto em uma unidade de PPP, e de aspectos subjetivos vivenciados pelas enfermeiras.

Esta pesquisa configura-se como descritivo-exploratória por permitir ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema e aprofundar os estudos de uma realidade específica. Do mesmo modo, este estudo também se caracteriza como descritivo, pois “[...]pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade [...]” (TRIVIÑOS, 2008, p. 110).

As pesquisas descritivo-exploratórias são habitualmente estudadas pelos pesquisadores sociais, preocupados com a atuação prática, pois proporcionam uma nova visão do problema (GIL, 2010).

5.1.1 Pesquisa convergente-assistencial

A PCA é uma modalidade de pesquisa de campo que mantém estreita relação com a prática assistencial durante todo o seu processo. Visa desenvolver um conhecimento que mobilize a melhoria das práticas da assistência no espaço de investigação, com a introdução de mudanças e/ou inovações, contando com a imersão do pesquisador no campo onde a prática assistencial é desenvolvida, no decorrer do processo investigativo (TRENTINI; PAIN, 2014). Caracteriza-se como um delineamento dual:

(...)por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro lado, de requerer a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 21).

Esse tipo de pesquisa foi proposto por Mercedes Trentini e Lygia Paim, brasileiras, enfermeiras, doutoras e docentes de enfermagem. Surgiu em 1999 com a ideia de construir uma nova abordagem de pesquisa que orientasse a convergência da pesquisa e da prática cotidiana de enfermagem (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Ao realizar uma pesquisa utilizando a PCA, o profissional tem a oportunidade de realizar tanto atividades assistenciais quanto as relacionadas às etapas de pesquisa, havendo uma junção das ações de assistência com as de pesquisa em um mesmo local e tempo. Nesse sentido, com a imersão na assistência, os pesquisadores são incentivados a valorizar e a conectar o “saber pensar” e o “saber fazer” (PAIM; TRENTINI, 2014).

Na PCA o essencial é a convergência, ou seja, pontos de justaposição dos processos de prática assistencial e da investigação científica em contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.23).

Essa justaposição suscita mudanças e inovações na prática assistencial em saúde, ao proporcionar um retorno imediato aos sujeitos envolvidos, uma vez que o pesquisador alicerça

sua prática assistencial de acordo com as demandas e necessidades percebidas no decorrer do estudo (TRENTINI, 2014).

Assim, optou-se pela PCA por esta oferecer a possibilidade, a um só tempo, de obter informações sobre as experiências das enfermeiras envolvidas com a prática assistencial na unidade de PPP, e propiciar a elaboração do protocolo assistencial para o cuidado ao parto de risco habitual.

Conforme Trentini e Beltrame (2006), no delineamento de uma PCA, alguns indicadores de identidade deste tipo de pesquisa devem ser seguidos pelo pesquisador para garantir clareza e coerência metodológica, sendo eles:

- 1) Manter durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. 2) O tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática, reconhecidas pelos profissionais e/ou pelos usuários do campo da pesquisa. 3) O pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado. 4) A PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática. 5) Os pesquisadores deverão estar dispostos a inserirem-se nas ações das práticas de saúde no contexto da pesquisa durante seu processo. 6) A PCA permite a incorporação das ações de prática assistencial e/ou outras práticas relacionadas à saúde no processo de pesquisa e vice-versa. Isso não implica em atribuir idênticas características à pesquisa e à prática, pois, cada qual tem sua própria identidade que precisa ser considerada durante o processo de investigação. 7) Aceita a utilização de vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados (TRENTINI; BELTRAME, 2006, p.157).

Ademais, a PCA é tipificada pelos seguintes critérios: **Dialogicidade** – a convergência entre a prática assistencial e a de investigação se estabelecem pelo diálogo; **Expansibilidade** – o propósito inicial do processo de investigação pode ser ampliado durante a justaposição entre a assistência e a investigação; **Simultaneidade** – “junção do investigar enquanto se pratica a assistência e, mais detidamente, a do praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação” (PAIM; TRENTINI, 2014, p.27); **Imersibilidade** – a exigência de inserção do pesquisador nas práticas assistenciais durante o processo de investigação com o intuito de construir mudanças compartilhadas no local (PAIM; TRENTINI, 2014).

O processo de investigação da PCA, conforme Trentini (2014), possui questões básicas para a sua concretização, distribuídas em quatro fases: fase de concepção, instrumentação, perscrutação e análise. Essas etapas devem ser realizadas de forma sequencial e inter-relacionada.

A fase de **concepção** é a que dá origem ao estudo, surgindo a partir da prática profissional do pesquisador. Essa fase abrange a definição do tema e do problema de pesquisa, a formulação do objeto de estudo, dos objetivos, das justificativas e contribuições. Neste momento é realizada a revisão de literatura, além da determinação do referencial teórico (TRENTINI, 2014).

Especificamente neste estudo, a necessidade da intervenção emanou do próprio grupo de EO, do hospital em estudo, que manifestaram a necessidade de ter um Protocolo Assistencial para nortear a assistência da unidade de PPP. Por sua vez, ao serem abordadas sobre a possibilidade de realizar um projeto de pesquisa voltado ao desenvolvimento do Protocolo Assistencial da unidade, o grupo de EO mostrou-se motivado e disposto a participar.

No que diz respeito ao tema deste estudo, emergiu após dias de imersão na unidade de PPP, buscando responder às seguintes questões: Quais os problemas existentes na prática assistencial realizada? O que poderia ser modificado na prática cotidiana? Com quais suportes teóricos e metodológicos é implementada a assistência? A partir dessas indagações, definiu-se o problema de pesquisa e o objeto de estudo proposto. Após essas definições teve início a busca por apoio na literatura associada ao tema, para então definir os objetivos inerentes ao estudo.

A fase de **instrumentação** consiste na definição dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, a delimitação do espaço físico e dos participantes, definição de estratégias para adesão e participação dos participantes, definição de métodos e técnicas de obtenção das informações e a maneira como serão registradas. O pesquisador está obrigatoriamente envolvido no conhecimento da prática assistencial, seja ela do tipo clínica, promocional e/ou educativa. Nesse momento ocorre um movimento entre a prática assistencial e a pesquisa, caracterizado como movimento de aproximação, afastamento e convergência, de modo a criar espaços de justaposição entre pesquisa e assistência (TRENTINI, 2014).

Esta pesquisa foi implementada na unidade de PPP de um hospital universitário, local onde foi identificado o problema e a necessidade de desenvolvimento das inovações/mudanças a serem concretizadas. Participaram do processo todas as EO atuantes no setor.

A fase de **perscrutação** caracteriza-se como um momento de definição de estratégias de refinamento para a obtenção das informações. Nesse momento o pesquisador deve investigar a exequibilidade das estratégias para o exercício de mudanças e inovações na

prática assistencial. Deve buscar, de modo minucioso e profundo, condições para mudanças em todo o contexto da investigação “físico, técnico, tecnológico, emocional, científico, ético, social, entre outros. A PCA sugere alguns métodos para obtenção dos dados, tais como entrevistas, observação e discussões em grupo” (TRENTINI, 2014).

A fase de **análise** propõe a interpretação das informações obtidas. Assim como em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, a análise dos dados consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Na PCA, devido à convergência entre as atividades de investigação e a prática assistencial, a análise é de alta complexidade, porque o conteúdo coletado pode incluir os mais variados tipos de informações que se mostram úteis tanto para a pesquisa quanto para a assistência (TRENTINI, 2014).

Neste estudo, a fase de análise foi implementada ao longo do processo, visto que teve início desde os primeiros passos da coleta de dados, durante a realização dos GC, e seguiu até a definição dos eixos temáticos que serão apresentados posteriormente.

5.2 Local do estudo

Conforme Trentini (2014), na PCA, é estabelecido como espaço físico para o desenvolvimento da pesquisa, o local onde acontecem as relações sociais que subsidiarão a realização da mesma.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido na unidade de Pré-parto/Parto/Puerpério (unidade de PPP) de um Hospital Universitário de médio porte, essencialmente público, situado no município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, considerado referência para atenção obstétrica de alto risco no município.

O estudo foi realizado na unidade de PPP deste hospital universitário, pela justificativa de ser a única unidade de PPP do município e por possuir enfermeiras obstetras na assistência direta ao parto de risco habitual. Além disso, apresentou um contexto propenso a mudanças devido à vinculação do hospital com a empresa EBSEH, o que permitiu a interação dos pesquisadores com o ambiente assistencial e com o cenário de estudo e à identificação do problema de pesquisa.

O hospital do estudo é classificado como hospital geral de média e alta complexidade. Inaugurado na década de 1980, é o único hospital público federal do estado. Considerando que a cidade de Cuiabá não possui um hospital estadual, havendo apenas um hospital municipal que serve como referência para o estado e região, grande parte da demanda da

saúde pública da Baixada Cuiabana, que abrange 14 municípios, é referenciada para esse estabelecimento de saúde e para o Hospital Municipal.

A instituição em questão serve como campo de estágio para estudantes dos cursos de Medicina, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social, entre outros. Oferece atendimento em 32 especialidades médicas e realiza atendimento multiprofissional em nove áreas, dentre elas enfermagem, assistência social, nutrição e psicologia.

No ano de 2013, ocorreu a vinculação desse hospital à EBSEH. Essa empresa tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários do Governo Federal possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população.

Atualmente, o hospital em estudo possui 124 leitos ativos, sendo 24 destinados à ginecologia e obstetrícia. Para a assistência à parturiente, o hospital possui uma sala de admissão e triagem obstétrica, uma sala de PPP com três leitos e uma sala para parto cirúrgico localizada dentro do centro cirúrgico.

O PPP foi inaugurado em setembro de 2014, com o ingresso de cinco EO por meio de concurso realizado pela EBSEH. Somou-se a esse grupo uma EO realocada da clínica de ginecologia e obstetrícia para compor a equipe. No primeiro mês de funcionamento, a unidade de PPP situava-se dentro do centro cirúrgico, sendo posteriormente remanejada para um local independente, localizado estrategicamente próximo ao Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)/Triagem obstétrica.

Atualmente, sua estrutura física possui: 3 leitos dispostos lado a lado, separados por biombo, ao lado de cada leito há uma bomba de infusão, um suporte de soro, uma poltrona reclinável, uma mesa de cabeceira destinada para as parturientes e seus acompanhantes guardarem seus pertences e um berço de acrílico para recém-nascido. Cada leito é provido de oxigênio e ar comprimido, localizados a cabeceira dos leitos. Ao lado do leito de número três, há duas bolas suíças, acomodadas sobre suportes fixados na parede. Na unidade há um banheiro destinado às parturientes e seus acompanhantes, ao lado deste, há uma sala destinada à guarda de materiais e soluções utilizadas na limpeza e desinfecção da unidade.

O posto de enfermagem está localizado na extremidade da unidade e possui tamanho insuficiente para acomodar os profissionais da unidade. Neste espaço há um computador para a realização das anotações de enfermagem e prescrições médicas, um armário destinado para guardar impressos e materiais como luvas, luvas estéril, máscaras, sondas, e alguns materiais estéreis. Os prontuários são mantidos em um organizador de escritório vertical de acrílico

fixado à parede do balcão do posto de enfermagem. Em frente ao posto há uma pia destinada aos profissionais, e ao lado um armário onde são armazenadas e preparadas as medicações.

Ao lado do posto de enfermagem, há uma pequena sala, que possui uma grande pia e um armário onde são guardadas as rouparias (uniformes dos profissionais). À direita desta, há uma outra sala destinada para a guarda de equipamentos. Nesta, existe um armário que armazena suprimentos limpos, esterilizados e roupas limpas (camisolas das parturientes, lençóis e cueiros). Fora do armário são armazenados dois focos clínicos de luz auxiliar e uma banqueta para parto vertical. Esta sala possui duas portas, uma com acesso para a unidade e outra com acesso para um corredor fechado que possui apenas uma pia grande, atualmente utilizado como expurgo.

A unidade possui também um berço aquecido para os recém-nascido e um armário destinado a armazenar equipamentos e medicações para uso deste. Em frente ao leito três, está localizado o carrinho de emergência e acima um armário destinado que acondiciona soros e algumas medicações.

Quanto ao corpo de funcionário, o setor possui funcionários públicos federais e funcionários regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) contratados recentemente pela EBSEH. Os profissionais trabalham em regime de plantões e cumprem trinta e seis horas semanais.

Apesar de ser um Hospital de Ensino, a unidade de PPP é campo de estágio apenas para acadêmicos da Medicina, e eventualmente da Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Dessa forma, as enfermeiras obstetras atuantes na unidade realizam atividades de preceptoria na assistência ao parto de risco habitual, apenas aos alunos do curso de Medicina.

Esse setor realiza aproximadamente 45 partos normais por mês. Em função da sua localização e por ser um hospital referência em pré-natal e parto de alto risco, há constante ocupação total dos leitos destinados para obstetrícia.

5.3 Sujeitos do estudo

De acordo com Trentini (2014), os sujeitos de uma PCA devem ser os profissionais da saúde que atuam no espaço onde a pesquisa será realizada e/ou as pessoas que estão sendo cuidadas naquele espaço de pesquisa.

A amostra é caracterizada segundo a prática do contexto social a ser inovada e todos os atores sociais que nela atuam, em concordância com as mudanças

e/ou inovações a serem introduzidas naquele contexto (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 35).

Considerando que a unidade de PPP possuía seis EO atuantes na assistência ao parto de risco habitual, todas foram incluídas como sujeitos deste estudo. Cabe ressaltar que uma delas é Responsável Técnica (RT), sendo de sua responsabilidade, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 458 de 2014, o planejamento, a organização, a direção, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de enfermagem. Essa profissional cumpre uma carga horária de 40 horas semanais, realizando oito horas diárias. As demais EO realizam atividades assistenciais, prestando assistência direta aos partos de risco habitual e assistência compartilhada com a equipe médica aos partos de alto risco. Elas cumprem uma carga horária de trinta e seis horas semanais distribuídas em escala de serviço. As EO lotadas naquela unidade podem ser descritas da seguinte forma:

Enfermeira 1: graduada em enfermagem no ano de 2003. Especialista em enfermagem obstétrica desde 2004 e Mestre em Ciências Odontológicas Integradas desde 2013. Desde 2004 vem desenvolvendo atividades na docência. Atua na assistência direta ao parto normal há 13 anos. Ingressou no corpo técnico do hospital em estudo por meio de concurso público, tendo seu vínculo institucional regido pela CLT.

Enfermeira 2: concluiu seu curso de graduação em enfermagem no ano de 1994. Possui vínculo com a instituição como servidora pública federal desde o ano de 2002. No ano de 2004 concluiu a especialização em enfermagem obstétrica. Possui experiência profissional em: unidade de Terapia Intensiva adulto, setor de urgência e emergência infantil, clínica de ginecologia e obstetrícia e centro cirúrgico. Anteriormente à sua atuação na unidade de PPP já prestava assistência à mulheres em trabalho de parto tanto na clínica de ginecologia e obstetrícia, quanto no centro cirúrgico, local onde os partos ocorriam até a criação da unidade.

Enfermeira 3: concluiu seu curso de graduação em enfermagem em 2007. Especialista em Genética Humana desde 2009 e Mestre em Ciências da Saúde desde 2013. Concluiu a especialização em Enfermagem Obstétrica no ano de 2013. Possui sete anos de experiência na docência. Não teve experiência prévia na assistência ao parto. Atualmente possui vínculo institucional com o hospital pela CLT.

Enfermeira 4: graduada em 2009, mestre em Enfermagem desde o ano de 2011, e especialista em Enfermagem Obstétrica há três anos. Trabalhou por quatro anos na área da docência, especificadamente ofertando disciplinas relativas à saúde da mulher. Atualmente possui vínculo institucional pela CLT com o local de estudo, no qual presta assistência ao parto na unidade de PPP.

Enfermeira 5: graduada em enfermagem em 2009, concluiu a especialização em enfermagem obstétrica em 2014. Possui vínculo institucional por CLT com o local de estudo desde novembro de 2014, onde atua na unidade de PPP desde então.

Enfermeira 6: concluiu o curso de graduação em enfermagem no ano de 2007, especialista em saúde pública com ênfase em saúde da família desde 2009. Concluiu a especialização em enfermagem obstétrica em 2014. Até ingressar na instituição em estudo não possuía experiência prática na área de obstetrícia, tendo atuado, até então, em unidades de Terapia Intensiva adulto e coronariana, na área de saúde mental, clínica médica e cirúrgica, atenção secundária e urgência e emergência, desenvolveu funções no setor de educação continuada e na gestão. Possui vínculo institucional por CLT com o local de estudo desde 2014, atuando na assistência ao parto.

Neste estudo, as EO participantes assumiram uma condição para além de informantes, pois durante todo o processo de elaboração, implementação e operacionalização do protocolo conduziram suas práticas de forma participativa, sempre apresentando sugestões, críticas e validando os resultados nas fases desta pesquisa.

Para definição do número de participantes foi utilizado o critério de exaustão. Segundo Fontanella et al. (2011), para captação de elementos amostrais por exaustão, devem ser incluídos todos os indivíduos disponíveis. Assim, houve a inclusão de todos os participantes, sem a necessidade de exclusão.

5.4 Construção dos dados

Os métodos utilizados para a construção dos dados foram relacionados ao tipo da pesquisa realizada - a PCA, proporcionando a participação ativa dos sujeitos envolvidos no espaço da pesquisa (TRENTINI, 2014).

Foram utilizadas diferentes estratégias que, associadas, contribuíram para a produção de informações pertinentes à elaboração de um material com valor científico e social, podendo ser utilizado na qualificação da assistência de enfermagem obstétrica à parturiente.

A PCA pressupõe o envolvimento do pesquisador com a prática, articulando o momento da coleta de dados e da prática assistencial de forma simultânea, interferindo na transformação do cuidado. Sob essa lógica, o levantamento dos dados foi realizado em etapas: 1º Momento – Processo de construção do protocolo assistencial; 2º Momento – Entrevistas com as EO participantes; 3º Momento - Observação participante na unidade de PPP.

5.4.1 1º Momento – O Grupo de Convergência para elaboração coletiva do protocolo

A definição pela construção coletiva do Protocolo Assistencial para partos de risco habitual determinou a formação do grupo de convergência formado pelas EO, que tinham a responsabilidade de compartilhar suas experiências assistenciais, e por uma equipe de pesquisadoras que tinham a responsabilidade de conduzir as discussões com base em evidências científicas recentes para, posteriormente, sistematizar os consensos estabelecidos sob forma de protocolo. Para além de assegurar a elaboração do Protocolo, durante a realização dos GC foram coletados dados que compõem parte do *corpus* de análise deste estudo.

Segundo Trentini e Gonçalves (2000), quando um grupo tem como finalidade tanto o intuito de desenvolver pesquisa quanto o intuito de oportunizar o crescimento social é chamado de grupo de convergência. Portanto, os GC são grupos que têm como finalidade desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial (TRENTINI, 2014).

Neste estudo, o grupo de convergência tinha como objetivo a elaboração coletiva do protocolo, sendo a participação das EO do setor de PPP fundamental para essa fase. A presença dessas profissionais, além de fundamental para a elaboração do protocolo, configurou-se como estratégia de coleta de dados, favorecendo a observação mais detalhada e continuada das mesmas. A realização deste estudo possibilitou reflexões sobre a prática assistencial ali implementada pelas EO, tomando por referência as evidências científicas atuais sobre a assistência à parturiente.

Durante a realização dos GC, todos os passos foram registrados com uso de diário de campo, câmeras fotográficas e filmagens. O registro das informações e dos consensos elegidos possibilitou a elaboração do protocolo e posterior análise das percepções das EO frente ao processo de elaboração do mesmo.

Segundo Minayo (2006), toda a observação deve ser registrada em um instrumento que se convencionou chamar de diário de campo. Nesse instrumento, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das conversas formais, sendo elas: as observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, gestos, expressões, que digam respeito ao tema da pesquisa.

Roese et al. (2006) comparam o diário de campo com uma fotografia instantânea que descreve um momento de observação e as percepções do pesquisador que, mesmo não sendo intencional, leva a campo os seus pré-conceitos, ideias e posições e, a partir delas, elabora sua leitura da realidade. Não sendo este apenas um instrumento de descrição, mas também de análise e interpretação das ocorrências.

Segundo Garcez, Duarte e Eisenberg (2011), a videofilmagem, quando utilizada de forma adequada, permite capturar aspectos difíceis de serem captados com outros recursos, tais como expressões corporais, faciais e verbais utilizadas em situações cotidianas; reações de diferentes sujeitos em face de uma atividade ou questão proposta pelo pesquisador; reação à leitura em voz alta de um texto; participação em grupo focal; realização de tarefas e/ ou atividades em grupos operativos ou individualmente etc.

Ao final dos GC as videofilms foram transcritas na íntegra, buscou-se transcrever as ações em ordem cronológica, ressaltando aspectos observados, tais como postura, participação, entre outras características das participantes.

5.4.2 2º Momento – Entrevistas com as EO participantes

As entrevistas ocorreram após a realização dos GC, no mês de julho de 2016, momento em que o protocolo estava em processo de avaliação institucional. Optou-se pela entrevista aberta, definida como uma “conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador, com vistas a oportunizar às EO a livre expressão do significado do processo vivenciado por elas e o desejo de alcançar a mudança de práticas para a humanização da assistência (MINAYO, 2006).

Por escolha das próprias EO, as entrevistas foram realizadas nas instalações do hospital em estudo, porém, todas as enfermeiras se sentiram mais à vontade em um local fora da unidade. Desse modo, para a realização da conversa foi utilizada uma sala destinada aos alunos da Residência Multiprofissional do hospital. Foram entrevistadas as seis EO atuantes na unidade de PPP, individualmente, com duração média de 40 a 60 minutos. As entrevistas foram orientadas pelas questões norteadoras: Conte-me como seu deu o processo de elaboração e implementação do protocolo assistencial de enfermagem? Quais os significados atribuídos durante este processo? Quais suas contribuições/ influencias (positivas ou negativas) para a assistência da enfermagem obstétrica no setor? (APÊNDICE A). Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, em ordem cronológica.

5.4.3 3º Momento - Observação participante na unidade de PPP

Durante o processo de avaliação institucional do protocolo assistencial para partos de risco habitual, identificou-se a necessidade de melhor conhecer a rotina assistencial da unidade de PPP com a finalidade de identificar contribuições do processo de elaboração e implementação do protocolo para a prática assistencial das EO.

A observação participante permite o estabelecimento de contato direto, frequente e prolongado do investigador com os atores sociais, nos seus contextos culturais (CORREIA, 2009). Minayo (2006) define observação participante como:

(...) um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto (p.274).

Além disso, a importância dessa técnica está na possibilidade de captação de uma variedade de situações não constatadas por meio de perguntas. Trentini (2014) evidencia que o observador participante se envolve na situação pesquisada de tal maneira que passa a ser parte da prática assistencial, reconhecendo a forma como ocorrem fenômenos e ao mesmo tempo produzindo mudanças e/ou inovações compartilhadas.

Neste estudo, a observação participante permitiu analisar as posturas e as atitudes das EO diante do processo de implementação do protocolo assistencial, assim como as influências do protocolo para a prática assistencial.

A entrada da pesquisadora no campo para observação foi facilitada, de algum modo, pelo vínculo previamente estabelecido com as enfermeiras durante o processo de elaboração do protocolo, e com muita empatia as EO autorizaram as atividades de observação. Com a cooperação delas, foi possível a aproximação com as técnicas de enfermagem de forma a explicar, detalhadamente, os objetivos da pesquisa, a metodologia do trabalho e a finalidade da observação.

A observação participante ocorreu entre o período de julho a agosto de 2016, momento em que se considerou que estava clara a lógica interna da unidade e do grupo em estudo. Ao longo desse tempo foi possível observar a assistência prestada pelas EO, pelas técnicas de enfermagem, estudantes de graduação, residentes e docentes da área médica, às parturientes, às puérperas e aos RN, além das relações entre esses profissionais. Para tanto, utilizou-se um instrumento para nortear a observação participante, que permite descrever a situação, o

ambiente observado, o comportamento dos profissionais e das parturientes e a práticas desenvolvidas (Quem realiza? Como realiza? Está em conformidade com o protocolo?) (APÊNDICE B).

5.5 Análise e organização dos dados

A fase de análise de dados qualitativos na PCA, consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência.

A fase de **apreensão** consiste no primeiro estágio da análise e teve início ao final da coleta de dados, com a totalidade do material coletado transcrito e organizado. Operacionalmente, realizou-se a leitura exaustiva do material a fim de obter aproximação com os dados. Após isso, os dados foram organizados por meio da estratégia de codificação, que consiste em marcar trechos das transcrições com símbolos, de maneira que possibilite o rastreamento de frases semelhantes.

Essa análise, ainda pouco elaborada, permitiu estabelecer de forma preliminar, quatro conjuntos de códigos que emergiram de forma recorrente no material: 1- enunciados sobre a experiência de elaboração coletiva do protocolo; 2- enunciados sobre os significados atribuídos ao processo; 3- as expectativas em relação a implementação do protocolo; e 4- as influências do processo de elaboração do protocolo na prática assistencial.

Conforme Trentini (2014), esse modo de agrupamento de dados é de grande utilidade, pois através dele o investigador pode perceber as categorias onde existem vazios de informações, e a partir disso pensar em novas questões e voltar aos sujeitos para obter outros elementos necessários para o entendimento do objeto em investigação.

A **síntese** consiste em “reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-los num todo coerente” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 55). Essa etapa deve mostrar dados essenciais para o desvelamento do fenômeno. Desse modo, na etapa de síntese, realizou-se a releitura do material produzido. Dos códigos mais significativos originaram-se dois grandes eixos de organização da análise. As categorias e a interpretação foram realizadas a partir da revisão de literatura adotada no trabalho.

A partir disso, ocorreu o processo de teorização com base na fundamentação teórica do trabalho, quando feitas as aproximações destes com os dados analisados. De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014, p. 57), a **teorização** consiste em “um processo de identificação, definição e de construção de relações entre um grupo de construtos de modo a possibilitar a produção de previsões do fenômeno investigado que leva a denominação da teoria”. Ou seja,

possibilita a inter-relação das informações obtidas com a fundamentação teórica do estudo, possibilitando a geração de novos conceitos, definições e conclusões na pesquisa realizada.

Posteriormente as etapas apresentadas ocorrerá o processo de **transferência**, que consiste na possibilidade de transferir e socializar os resultados obtidos por meio da PCA, para que sejam utilizados em realidades com características semelhantes.

5.6 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso e aprovado sob o número 1.302.939, em 2015 (ANEXO A). Foram respeitadas todas as determinações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Todos os sujeitos deste estudo receberam informações referentes ao objetivo da pesquisa, uma vez que antes de iniciar os encontros que constituíram os GC foi entregue a cada membro um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com vistas a explicar os objetivos do estudo, da realização dos grupos, e solicitar autorização para uso das informações e das imagens (APÊNDICE C). Após a leitura do TCLE e esclarecimento de dúvidas, foi solicitada a assinatura de cada uma das EO. No momento que precedeu as entrevistas e a observação participante um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), referente a essas etapas da coleta de dados, foi apresentado para solicitar a assinatura das participantes do estudo.

Todas as exigências de confidencialidade e anonimato das participantes foram respeitadas, bem como as de aceitação e disponibilidade destes para participarem do estudo. Foi atribuído um nome fictício a cada enfermeira, com vistas a manter suas identidades preservadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados que compõem o *corpus* deste estudo, resultantes dos Grupos de Convergência realizados como estratégia para a elaboração do Protocolo Assistencial da unidade de PPP de um hospital de ensino de Cuiabá-MT, proposto no contexto do projeto matricial – **Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem**. Também são apresentados os dados analisados decorrentes das entrevistas abertas realizadas com as EO e aqueles decorrentes da observação participante realizada na unidade de PPP.

A análise deste conjunto de informações possibilitou a identificação de dois eixos de organização: 1) O uso da PCA como ferramenta metodológica para a elaboração de protocolos - trata-se de um eixo metodológico, que corresponde a descrição do processo de elaboração do protocolo assistencial para o parto de risco habitual, construído em conjunto com as EO atuantes na unidade, a partir do referencial metodológico da PCA; 2) Resultados do processo de elaboração do protocolo – trata-se de um eixo que organiza três categorias empíricas: Processo de construção do protocolo assistencial: efeitos transformadores e contribuições; As expectativas em relação à prática assistencial: a busca por respaldo institucional e autonomia profissional; A humanização da assistência ao parto: contribuições de um processo de convergência.

No primeiro eixo foram descritos, detalhadamente, os processos metodológicos de elaboração do protocolo assistencial e os passos de implementação ocorridos e apreendidos na recolha de dados.

No segundo eixo, a primeira categoria refletiu o processo de construção do protocolo assistencial, elaborado a partir das discussões realizadas nos grupos de convergência, de forma colaborativa, com participação das EO e da equipe de pesquisadoras, sendo desenvolvido com base em evidências científicas e adequado à realidade assistencial vivida na unidade de PPP.

A segunda categoria evidenciou os significados atribuídos aos processos de elaboração e implementação do protocolo assistencial e as expectativas das EO, decorrentes do desejo pela implementação deste instrumento por elas idealizado.

A terceira categoria objetivou caracterizar a prática assistencial implementada na unidade de PPP, e refletir sobre as influências decorrentes do processo vivenciado que culminou com a elaboração do protocolo.

6.1 Eixo de organização I - O uso da PCA como ferramenta metodológica para a elaboração de protocolos

Neste primeiro eixo, pretende-se discutir sobre o uso da PCA como recurso metodológico para a elaboração de protocolos, sendo descritos os passos considerados essenciais para a efetiva elaboração desse instrumento a partir da experiência dos GC.

O referencial metodológico da PCA prevê a imersão dos pesquisadores no campo de pesquisa. Desse modo, surgem os temas/problemas de pesquisa a partir das vivências/experiências dos pesquisadores e profissionais da saúde.

A partir da necessidade de direcionalidade do trabalho de enfermagem, relatada pelas EO, de modo a garantir a oferta de uma assistência mais homogênea pelos profissionais, foi proposta a elaboração de um protocolo de assistência ao parto de risco habitual, priorizando as boas práticas voltadas à humanização da assistência. Tal proposta, surge em função da concepção de que o protocolo tem potencialidade para redirecionar os cuidados ali prestados, ao considerar as reais necessidade de saúde de cada parturiente, de forma inovadora e embasado em evidências científicas atuais.

Para descrever o processo de elaboração do protocolo foram elencados passos necessários à sua consolidação. Estes foram propostos por integrantes do grupo de pesquisa, e apresentados e discutidos com as EO e com a administração superior do hospital em estudo. Durante o processo foram seguidos os passos planejados com as adequações necessárias, as quais não influenciaram negativamente o processo.

Para a elaboração do protocolo, utilizou-se como estratégia o GC, proposto pela PCA, por permitir o desenvolvimento simultâneo de pesquisa e mudança de práticas para alcançar o crescimento social (TRENTINI; GONÇALVES, 2000). Neste estudo, as EO são atores sociais que atuam no contexto investigado e estão em concordância com as mudanças/ inovações a serem introduzidas na unidade de PPP.

O Quadro 1 apresenta de forma sistemática cada um dos nove passos realizados, suas ações, objetivos e o produto final (o que ficou estabelecido para a elaboração do protocolo). É importante salientar que estes passos não ocorreram de forma rígida e sequencial, alguns deles se estenderam ao longo do processo.

Quadro 1. Passos de elaboração de um protocolo para a assistência ao parto de risco habitual, em unidade PPP de um hospital universitário.

(continua)

Passos	Ação	Objetivo	Produto
1. Autorização Institucional	- Consulta/aceitação institucional - Aprovação ética do projeto	- Obter autorização para a realização das ações propostas	- Apoio e autorização da administração superior do hospital - Disponibilização de espaço físico para a realização dos encontros (GC) - Atribuição de folgas para as EO participantes
2. Envolvimento e articulação dos participantes: EO + pesquisadores	- Apresentação do projeto - Visitas de observação - Criação de um grupo em um aplicativo de mensagens <i>online</i>	- Sensibilizar a equipe para participação no projeto - Consultar a equipe - Conhecer o campo - Criar vínculo com as enfermeiras	- Conhecimento das instalações físicas, rotinas, identificação das características da assistência prestada pelas EO, dificuldades e facilidades em relação à humanização - Estabelecimento de vínculo com as EO atuantes no setor
3. Levantamento dos problemas da unidade	- Visitas de observação - Encontros com as EO	- Identificar, a partir do ponto de vista das EO, os principais problemas existentes na unidade, que dificultaram a humanização da assistência	- Identificação dos principais problemas da unidade de PPP, referidos pelas EO e observados pelas pesquisadoras
4. Planejamento continuado e flexível do processo de construção	- Encontros com as EO - Comunicação com as EO através de aplicativos de mensagens <i>online</i>	- Definir as temáticas e estratégias utilizadas em cada GC - Planejar a realização das buscas e dos recursos materiais - Planejar os GC	- Definição das temáticas a serem contempladas no protocolo - Definição das datas, horários e o local onde seriam realizados os GC - Definição de estratégias metodológicas para os GC - Aquisição/organização dos recursos materiais para a realização dos encontros - Definição dos responsáveis pelas buscas das evidências científicas

5. Levantamento das evidências científicas	- Definição dos descritores para as buscas - Seleção das bases de dados - Realização das buscas	- Acessar as melhores evidências científicas	- Seleção de artigos, entre os anos de 2011 e 2016, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol;
6. Avaliação e organização das evidências científicas	- Avaliação dos títulos e resumos selecionados (Inicialmente) - Avaliação dos textos completos (Posteriormente)	- Avaliar rigorosamente a qualidade das evidências encontradas	- Seleção dos artigos - Avaliação metodológica dos artigos, priorizando estudos classificados com alto e moderado grau de qualidade - Elaboração de um quadro para organização das evidências científicas
7. Grupos de Convergência	- GC para a construção coletiva do protocolo	- Refletir sobre as práticas assistenciais no PPP - Socializar e refletir sobre as publicações científicas - Definir os consensos para elaboração do protocolo	- Realização de oito GC - Estabelecimento e registro dos consensos - Atualização das EO frente às evidências científicas mais recentes sobre assistência ao parto
8. Elaboração textual do protocolo	- Sistematização dos consensos estabelecidos nos GC	- Elaborar o texto do protocolo, a partir dos consensos estabelecidos nos GC.	- Elaboração textual do protocolo, pelo grupo de pesquisa, a partir da sistematização dos períodos clínicos do trabalho de parto - Impressão do protocolo
9. Aprovação institucional do protocolo	- Revisão final do protocolo pelas EO - Encaminhamento para a unidade de Gestão de Riscos Assistenciais	- Aprovar institucionalmente o protocolo - Implementar o protocolo na unidade de PPP	- Avaliação e aprovação do protocolo pelas EO - Entrega do protocolo para a unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - Encaminhamento para revisão e avaliação do: Chefe da Divisão de Enfermagem; Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado; Chefe de Divisão Médica; Chefe de unidade Materno Infantil; e Gerente da Atenção à Saúde.

Fonte: Elaborado e concebido pelas autoras.

Passo 1: Autorização institucional

O início do processo de desenvolvimento do protocolo foi precedido por uma consulta à administração superior do hospital em estudo, com vistas a obter a autorização formal da instituição para realização da PCA. Nessa ocasião, foi apresentado à equipe de gestão do Hospital o projeto matricial, que abarcava a proposta do presente estudo. Após manifestação favorável à realização do estudo, o projeto matricial foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação e aprovação (BRASIL, 2012b).

Para realização da PCA, a gestão do hospital ofereceu todo apoio como: disponibilização de espaço físico para a realização dos encontros/GC e atribuição de folgas para as enfermeiras participantes dos GC, demonstrando apoio institucional frente à construção coletiva do protocolo. Essa etapa foi essencial para o processo de elaboração, uma vez que somente com a autorização e apoio institucional foi possível efetivar a elaboração do protocolo.

Passo 2: Envolvimento e articulação dos participantes

Após a aprovação pelo Comitê de Ética, as pesquisadoras passaram a frequentar diariamente a unidade de PPP, oportunizando encontros com as enfermeiras envolvidas neste estudo. A inserção dos pesquisadores na unidade objetivou melhor conhecer as instalações físicas/equipamentos disponíveis e as rotinas adotadas, identificar as características da assistência de enfermagem prestada e reconhecer as facilidades e dificuldades em relação a humanização do cuidado prestado ao parto.

Com vistas a sensibilizar o grupo de EO para a participação no processo, o projeto matricial foi apresentado e discutido com o grupo, sendo assumido como uma proposta coletiva. Este momento objetivou sensibilizar as EO, acerca da necessidade de elaboração do protocolo assistencial da unidade de forma coletiva e colaborativa, considerando o protagonismo das enfermeiras.

Compreende-se que, para a efetivação de mudanças ou a inovação na prática assistencial, é essencial que os trabalhadores inseridos nos serviços de saúde estejam envolvidos em todo o processo. Conforme Schweitzer (2010), a elaboração coletiva de protocolos amplia a possibilidade de aquisição e aprimoramento de conhecimentos, como também a descoberta de novos procedimentos, com novos modos de pensar de maneira crítica.

Aquino e Filho (2004), no estudo realizado com o objetivo de construir coletivamente um instrumento metodológico para o trabalho da enfermagem, a partir do conhecimento da realidade e da interação dos profissionais que constituem a equipe de enfermagem, evidenciaram a importância da interação social para a construção de conhecimentos e a relevância dos esquemas individuais de percepção da realidade.

Nesse sentido, a PCA é uma metodologia que propicia a construção coletiva de conhecimentos, uma vez que propõe a construção e modificação coletiva de um local, resultante da soma de esforços de todos.

Nesse momento de envolvimento e integração com as participantes do estudo, um importante recurso utilizado foi o WhatsApp[®], um aplicativo para a troca de mensagens, disponível para telefones celulares. Trata-se de um dispositivo de comunicação, que aliado ao uso de telefones celulares tornou-se popular por permitir a troca de mensagens de texto, imagens, sons e vídeos. Apesar de muito popular no contexto social, também se configura como uma importante estratégia didática, uma vez que é um instrumento eficaz de comunicação, rápido, acessível e de baixo custo (ARAÚJO; BOTTENTUIT JUNIOR, 2015).

Por meio deste aplicativo de mensagens instantâneas, foi criado um grupo para troca de informações entre todas as EO e os membros do grupo de pesquisa. Esta ferramenta de comunicação contribuiu, imensamente, para a interação entre os membros do grupo e a criação de vínculo entre as participantes e as pesquisadoras. Para além, este aplicativo constituiu-se como importante ferramenta para troca de informações referentes ao processo e para o compartilhamento de matérias de jornais, artigos científicos, filmes, documentários e eventos científicos relacionados à assistência ao parto.

O estudo realizado por Wani et al. (2013), com o objetivo de avaliar a eficácia do aplicativo para smartphone WhatsApp[®] como um método de comunicação entre a equipe de cirurgia plástica com a seção de cirurgia reconstrutiva de um hospital, concluiu que se trata de um método de comunicação eficaz, barato, rápido e fácil de operar, sendo eficiente para a comunicação entre as equipes de saúde, para a discussão de aspectos clínicos e como recurso didático para residentes.

Por meio da proximidade e trocas com as EO, do vínculo estabelecido no decorrer dos encontros e através da observação do comportamento e da postura das mesmas, foi possível conhecê-las e entender mais sobre seus anseios, angústias e expectativas referentes à assistência ao parto de risco habitual na unidade de PPP.

É preciso ressaltar que o fortalecimento dos vínculos de confiança contribuiu sobremaneira para a elaboração do protocolo, visto que a estratégia de trabalhar em GC possibilitou o compartilhamento de experiências e de saberes técnico-científicos, o que foi facilitado pelo relacionamento cordial e afetivo estabelecido entre as EO, e entre elas e o grupo de pesquisadoras.

Ribeiro (2013) evidencia que o estabelecimento de relação e vínculo emocional é o que caracteriza um grupo e o diferencia de um simples agrupamento de pessoas. Desse modo, pode-se concluir que neste estudo, houve o estabelecimento de um grupo, uma vez que este se configura como a reunião de pessoas durante um período de tempo, em um determinado espaço, articuladas a partir da definição de normas, com objetivos, metas, partilhando vivências e estabelecendo relações e vínculos a partir das necessidades individuais e do coletivo (RIBEIRO, 2013).

Passo 3: Levantamento dos problemas da unidade

Em uma PCA a inserção do pesquisador na realidade do local de estudo é algo fundamental, principalmente quando os pesquisadores adentram no serviço apenas após a ligação com a pesquisa. Paim e Trentini (2014) evidenciam que é impossível conduzir uma PCA sem ter familiaridade com o contexto social do local de estudo, uma vez que objetiva introduzir mudanças nesse ambiente. Nesse momento o pesquisador esbarra com temas, problemas e interesses a serem considerados no desenvolvimento do processo investigativo.

A partir da imersão das pesquisadoras no campo, foram elencados, em conjunto com as EO, os principais problemas da unidade, os quais requeriam mudanças para que houvesse a qualificação da assistência. Dentre eles, destacaram-se problemas referentes à estrutura física e ao espaço restrito da unidade; a ocupação dos leitos por pacientes que não estão em trabalho de parto ou parto; a falta de autonomia das EO frente à assistência ao parto de risco habitual; as práticas intervencionistas habitualmente realizadas pela equipe médica, entre outros.

Ao longo da imersão no campo e no decorrer dos GC, novos problemas foram exaltados e elencados, tais como a falta de nivelamento das práticas de enfermagem e a ausência de classificação de risco. Problemas anteriormente identificados também sofreram modificações, como aqueles relacionados ao espaço físico, uma vez que concomitante a pesquisa, alterações foram realizadas na unidade, tais como a pintura das paredes, a criação de um sala de equipamentos, aquisição de camas monitorizadas específicas para a assistência ao parto normal e de poltronas reclináveis para os acompanhantes, entre outros.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009), para a construção de protocolos, é fundamental que se conheça os problemas enfrentados nas unidades de saúde e a sua capacidade de produzir saúde. Nesse sentido, os protocolos e outros instrumentos que podem oferecer direcionalidade para a assistência em saúde interferem efetiva e positivamente na qualidade dos serviços de saúde através da superação desses problemas.

Passo 4: Planejamento continuado e flexível do processo de construção

Após a imersão no campo de pesquisa e estabelecimento de vínculo com as EO, propôs-se a realização de um encontro entre pesquisadoras e enfermeiras com o objetivo de planejar coletivamente a construção do protocolo, definir as atividades, o cronograma de execução e as estratégias e recursos a serem utilizados. Esse encontro foi realizado em uma sala do anexo didático do hospital em estudo

Nascimento et al. (2008) referem que, no processo educativo o momento destinado ao planejamento é essencial pela própria natureza, como atividade sistemática, dessa forma, não existe prática educativa adequada se não for pensada e planejada com antecedência e adequada à realidade com a qual se vai trabalhar.

Conforme Werneck, Faria e Lima (2009), para a elaboração de um protocolo, é imprescindível elaborar justificativa, objetivos e conteúdo com referencial técnico-científico como ponto de partida para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido, concordou-se que o objetivo do protocolo seria: “Orientar e integrar as ações das enfermeiras obstetras da unidade de PPP com vistas a garantir o exercício das boas práticas de atenção à saúde da mulher, neonato e família no ciclo gravídico-puerperal, com base em evidências científicas, além de fortalecer a atuação das profissionais que ali desempenham suas funções oferecendo subsídios técnico-científicos para sua prática”. No que trata de sua aplicação, definiu-se que: “o protocolo deverá ser aplicado e desenvolvido na unidade de PPP com vistas a favorecer a humanização da assistência ao parto e nascimento”.

Werneck, Faria e Campos (2009) evidenciam que é essencial saber definir os objetivos de um protocolo para que durante a sua elaboração não se aceite qualquer fórmula, tecnologia ou caminho terapêutico. A partir da elaboração conjunta do objetivo do protocolo ficou evidente que as suas principais finalidades são a mudança de práticas visando alcançar a humanização da assistência ao parto e nascimento bem como a qualificação e integração do trabalho profissional das EO, fortalecendo-o na instituição.

Nesse encontro também foram definidos conjuntamente os conteúdos a serem debatidos durante os GC destinados à elaboração do protocolo. Inicialmente ficaram

estabelecidas as seguintes temáticas: Rede Cegonha; boas práticas de atenção ao parto e nascimento; atribuições dos profissionais na assistência ao parto e nascimento (médico e de enfermagem); utilização do partograma; exame físico e obstétrico; amniotomia, uso de ocitocina e demais medicações; utilização de técnicas não invasivas para alívio da dor; período expulsivo; proteção perineal, episiotomia e sutura e; quarto período do parto e cuidados com o RN.

Apesar do protocolo ter como finalidade a humanização da assistência, durante o planejamento do processo de elaboração, as EO, basicamente, evidenciaram aspectos clínicos a serem abordados nos GC, sendo que temáticas como vínculo, aspectos relacionais, culturais, sociais e emocionais das parturientes, compartilhamento e diálogo não foram mencionadas. Ou seja, foram valorizados os aspectos relacionados ao cuidado clínico e ao uso adequado de tecnologias dessa natureza para a humanização da assistência.

Para a condução dos CG era necessário que, anteriormente, a equipe de pesquisadoras realizasse buscas sistemáticas em bases de dados, pois a cada encontro seriam realizadas apresentações para a introdução do assunto previsto para aquela reunião. Foi estabelecido pelo grupo que as EO também realizariam essas buscas a fim de contribuírem com as discussões e na decisão de consensos que aconteceria a cada encontro. Também foram definidos, conjuntamente com a equipe, o cronograma para a realização dos GC, os horários e o local onde seriam realizados.

Ficou estabelecido que o grupo de pesquisadoras conduziria os grupos de convergência, e para isso deveriam organizar o espaço físico e sistematizar a apresentação das evidências científicas mais atuais. Quanto às estratégias para a condução dos grupos, optou-se pelo uso de alternativas que fugissem do ensino tradicional, focado na exposição de evidências científicas de forma unilateral. Assim, utilizou-se de: trabalhos em pequenos grupos, uso de mapas conceituais e uso da problematização, uma vez que a elaboração estava ocorrendo de forma coletiva.

Como foi definido que o grupo de pesquisadoras conduziria os GC, os membros da equipe realizavam o planejamento das atividades e providenciavam os recursos necessários, como equipamentos eletrônicos (câmera filmadora, computador portátil com acesso à internet, multimídia, entre outros), materiais de papelaria, lanches, organização do espaço físico e elaboração de roteiro para condução de atividades, que era flexível e aberto a possibilidade de trabalhar com novos tópicos que emergissem no decorrer das atividades.

Durante o processo de elaboração do protocolo e dos GC, esse planejamento por vezes foi retomado. Ao final de cada encontro quando necessário, o grupo alterava o planejamento

das próximas atividades, de modo a realizar adequações necessárias. Dentre as modificações, ressaltam-se a redefinição de datas; a necessidade de estender a discussão de determinado tema ao próximo encontro, quando o tempo ou o domínio da temática não permitia o estabelecimento de consensos; a inserção de novos conteúdos a serem pesquisados e discutidos, tais como o manejo da hemorragia pós-parto e as posições para o período expulsivo; e a reformulação das estratégias de ensino utilizadas, visto que se percebia uma maior participação das EO com o uso de metodologias que as envolviam nas discussões sobre as temáticas.

O planejamento contínuo do processo de elaboração do protocolo, em conjunto com as EO, foi essencial para que todos se sentissem agentes ativos de todo processo e pertencentes ao grupo. Foi notória a participação e envolvimento de todos desde os momentos de planejamento até a execução das atividades para o desenvolvimento do protocolo.

Passo 5: Levantamento das evidências científicas

Este passo foi realizado sistematicamente pelo grupo de pesquisa para a apresentação e condução dos GC. Após a etapa de planejamento dos GC e seleção das temáticas, iniciou-se uma vasta busca em bases de dados nacionais e internacionais, documentos do MS, Secretária de Saúde e Conselhos de Enfermagem, objetivando encontrar fontes bibliográficas atualizadas e confiáveis. Os passos foram os seguintes: estabelecimento dos descritores; buscas nas bases de dados; e seleção das evidências a partir dos critérios de inclusão.

A busca e análise crítica das evidências científicas são uma etapa estratégica na elaboração de protocolos, pois encontrar os melhores estudos sobre o assunto proposto é fundamental para a construção de protocolos consistentes (PIMENTA et al, 2014).

Werneck, Faria e Campos (2009) afirmam que construir um protocolo sem uma fundamentação teórica adequada não garante impactos positivos na assistência à saúde, isto pode resultar em gastos desnecessários e na adoção de procedimentos e tecnologias inadequadas.

Foram utilizados descritores padronizados a partir dos vocabulários de descritores controlados MeSH-Medical Subject Headings para terminologias na língua inglesa e do vocabulário estruturado e trilingue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. As estratégias de buscas foram adaptadas para cada base de dados, considerando as peculiaridades de cada uma e do tema pesquisado. A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca foi estabelecida pelos operadores “booleanos” AND, OR e NOT, permitindo a realização de combinações dos descritores nas buscas. A estratégia utilizada foi: nurses OR health

personnel OR healthcare team AND childbirth OR obstetric delivery OR parturition AND health*.

Após a organização da estratégia das buscas foram definidas as bases de dados a serem pesquisadas e outras fontes de informação. As fontes de informações primárias foram Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine- MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS e Scientific Electronic Library Online- SciELO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatures- Cinahl, Scopus, Web of Science, UpToDate; e a fonte de informações secundárias: Cochrane Library.

Os critérios de inclusão e exclusão para avaliação das evidências devem ser previamente definidos e relacionados às questões clínicas a serem estudadas. Esses critérios não devem ser excessivamente restritivos para evitar o risco de comprometer a generalização dos consensos dos protocolos e até mesmo a localização de evidências, porém não podem ser muito amplos, pois compromete o foco definido nas buscas, dificultando a comparação e síntese das evidências (BRASIL, 2016b)

A busca nas bases de dados ocorreu entre os meses de maio e julho 2015. Os critérios de inclusão adotados foram artigos em português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2010 e 2015 e que abrangessem os tópicos norteadores da temática do protocolo. Foram excluídos estudos repetidos.

Dessa forma, a partir deste passo, foram selecionados artigos sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Essa etapa foi essencial para aproximação dos membros do grupo com as principais evidências científicas relacionadas às temáticas abordadas no GC.

Passo 6: Avaliação e organização das evidências científicas

Após a realização das buscas, iniciou-se o processo de seleção dos estudos. Este foi realizado em duas fases: na fase 1 ocorreu a avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; na fase 2, avaliação completa de todos os textos selecionados na primeira fase, sendo avaliada a validade, a confiabilidade e a efetividade dos estudos.

Esse processo de seleção dos artigos foi realizado para minimizar os erros, evitar a inclusão de estudos inadequados e evitar a exclusão de estudos importantes (PIMENTA et al, 2014).

Após a seleção dos artigos, iniciou-se a avaliação da qualidade destes; para tanto, utilizou-se a classificação de níveis de evidências propostos por Brozek et al. (2009), dispostos no Quadro 2, sendo priorizados estudos classificados com alto e moderado grau de qualidade.

Pimenta et al. (2014) evidenciam que essa classificação é realizada para que os métodos e resultados dos estudos sejam avaliados rigorosamente a fim de verificar se são suficientemente válidos e apropriados.

Quadro 2. Classificação das evidências científicas

Classificação	Explicação	Exemplos
Alto	É muito improvável que uma pesquisa adicional modifique a confiança na estimativa do efeito;	Ensaio clínico randomizado sem limitações graves, bem planejado e conduzido, com grupos paralelos, com controles adequados, análise de dados adequada e achados consistentes, tendo como alvo o desfecho clínico de interesse; Estudos observacionais com grandes efeitos (ou outros fatores de qualificação), que mostraram claramente os efeitos da intervenção e que utilizaram análises rigorosas para controle de variáveis de confusão.
Moderado	Estudos futuros são suscetíveis a ter um impacto importante sobre a confiança na estimativa de efeito, podendo modificar a estimativa;	Ensaio clínico randomizado com sérias limitações, tais como problemas de condução, inconsistência nos resultados e imprecisão nas estimativas e vieses; Estudos observacionais que produzam grandes efeitos;
Baixo	Estudos futuros são propensos a ter um impacto importante sobre a nossa confiança na estimativa de efeito;	Ensaio clínico randomizado com limitações muito graves; Estudos observacionais sem forças especiais ou limitações importantes, principalmente estudos de coorte e caso controle;
Muito Baixo	Qualquer estimativa do efeito pode ser incerta.	Ensaio clínico randomizado com limitações muito graves e resultados inconsistentes; Estudos observacionais não controlados com limitações graves; Observações clínicas não sistematizadas, como relatos de casos e série de casos.

Fonte: BROZEK, J.L.; AKL, E. A., et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. **Allergy**, v. 64, p. 669-77, 2009.

Com vistas a organizar os artigos selecionados foi elaborado um quadro contendo: Autor, Ano de Publicação. Local do Estudo (País, Região), Objetivo, Metodologia (área do pesquisador, abordagem, tipo de estudo, tipo de análise, sujeitos), Resultados (resultado,

aplicabilidade das condutas na prática assistencial, classificação da evidência) (APÊNDICE E).

Assim sendo, a partir da realização deste passo os estudos foram avaliados e os com maior grau de confiabilidade foram selecionados e organizados, de modo a eleger os estudos a serem trabalhos e discutidos nos GC. Essa etapa foi essencial para todo o grupo se aproximar das evidências científicas atuais e colaborou com o enriquecimento das discussões nos GC, uma vez que o grupo já havia tido uma aproximação com as evidências científicas.

É notória a importância da realização das etapas de buscas e seleção das evidências científicas, e são inúmeros os estudos desenvolvidos sobre a elaboração de protocolos que chamam a atenção para essa etapa. (SCHWEIZER, 2010; MORAES, 2013; VASCONCELOS, 2014; CATUNDA, 2016)).

Passo 7- Grupos de Convergência

Este passo consiste na realização de pequenos grupos, denominados Grupos de Convergência que possibilitam a coleta de dados específicos da pesquisa e a prática assistencial, por meio da construção do protocolo, de forma simultânea.

Para Afonso (2006), grupo é: “um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum e se reconhecem interligadas por esses objetivos e/ou ideais” (p. 27). Porém, para a autora, vai além, pois é necessário que todos os membros do grupo se conheçam e se reconheçam como grupo, e se vejam na condição de agirem juntos para alcançar seu objetivo.

Anastasiou e Alves (2007) reforçam a ideia de grupo para além de um conjunto de pessoas. A autora ressalta que para a constituição de um grupo há necessidade de interação, compartilhamento, respeito à singularidade, habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, incluindo suas emoções, o que exige autonomia e maturidade dos participantes.

Neste estudo, é importante destacar que, anteriormente à realização deste estudo, as participantes demonstravam não haver interação rotineira entre elas, fato que, aparentemente, sofreu modificação a partir das reuniões periódicas propostas pelo processo de elaboração do protocolo de atendimento aos partos de risco habitual. Com a realização dos GC, estreitaram-se os laços de companheirismo e afetividade tanto entre as enfermeiras, que anteriormente agiam como um agrupamento, quanto entre elas e as pesquisadoras, pois houve uma nítida aproximação entre as participantes.

Conforme Trentini e Gonçalves (2000), os grupos podem ser classificados conforme as suas finalidades em três tipos: a) grupos focais, que possuem como finalidade e atividade a

investigação; b) grupos de convivência, destinados para auxiliar o desenvolvimento social; e c) grupo de convergência, que associa características dos grupos focais e de convivência, tendo a finalidade de desenvolver, simultaneamente, pesquisa e crescimento pessoal e social.

Os GC são grupos que têm como finalidade desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial (TRENTINI, 2014). Assim, neste estudo, os GC permitiram a socialização e reflexão sobre as publicações científicas selecionadas que abordam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento somadas às vivências e experiências das EO na assistência ao parto, ao mesmo tempo em que se configurou como estratégias de coleta de dados. Para esta última finalidade, utilizou-se de uma câmera de vídeo, que favoreceu a observação mais detalhada e continuada dos GC, além de ter permitido a revisão das discussões em torno dos consensos estabelecidos para o protocolo.

A técnica de pequenos grupos propicia que os profissionais de saúde abandonem a tradicional postura diretiva e assumam a postura participativa em sua prática assistencial. Nesse sentido, exige dos pesquisadores competências inerentes à pesquisa, à prática assistencial e à coordenação de grupos (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

Para que isso ocorra no GC é necessário que um dos pesquisadores adote o papel de coordenador do grupo (TRENTINI, 2014). Neste estudo, durante a elaboração do protocolo, cada membro do grupo de pesquisa desempenhava um papel durante os encontros.

De acordo com Ribeiro (2013), deve haver um coordenador de todo o processo dos grupos. Esse coordenador deve atuar como “copensador”, o que consiste em criar, manter, fomentar e garantir que a comunicação flua ativamente entre os participantes. Nos GC, a coordenação ficava a cargo de uma professora doutora, que possui experiência na assistência, gestão e na docência, além disso, era nítida a liderança atribuída a ela pelas EO.

De acordo com Trentini (2014), nos GC só é possível obter resultados benéficos na prática assistencial e no desenvolvimento do conhecimento teórico a partir do momento que os pesquisadores adquirem a capacidade de coordenar o grupo e conduzir a convergência entre essas práticas.

Uma doutoranda e duas mestrandas auxiliaram a coordenadora na condução do grupo, apresentaram as evidências encontradas, orientaram os participantes quanto às estratégias, auxiliaram no suprimento de materiais e registraram as decisões estabelecidas. Ao final de cada encontro, estas sistematizavam os consensos estabelecidos, comumente em forma de quadro ou em *checklist* e apresentavam ao grupo nos encontros subsequentes.

Faz-se necessária a existência de um observador que possibilita um olhar externo aos fatos que incidem no grupo. Este participante deve ser alguém que não se constitui, de fato,

um membro do grupo. Sua principal função é de auxiliar o coordenador recolhendo material exposto por meio da comunicação verbal e não verbal (RIBEIRO, 2013).

Como observadoras, participaram dos GC duas alunas de iniciação científica que eram responsáveis pelo registro das observações. Durante os grupos, elas permaneciam externas a roda, observando e registrando tudo o que ocorria na reunião, por exemplo, silêncios, comportamentos, interações, gestos, expressões faciais, entre outros. Ao final de cada encontro, os registros eram sistematizados em um diário de campo e compartilhado com o grupo de pesquisa, sendo este um momento para autoavaliação do grupo de pesquisa e para o planejamento de estratégias subsequentes.

A maioria dos GC aconteceu em uma sala de reuniões, localizada no setor administrativo da instituição hospitalar, cenário do estudo. No local havia uma grande mesa oval e algumas cadeiras dispostas em volta. Sobre a mesa havia um *notebook* e à frente uma televisão para a reprodução das imagens das atividades realizadas.

Conforme Soares, Camelo e Resck (2016), a escolha do local para a realização de grupos é fundamental para a adesão dos participantes e sucesso dos encontros. Esses autores afirmam que deve ser um ambiente propício para interações, que isole ou diminua interferências visuais e auditivas. Ademais, para a realização de um grupo, a disposição dos participantes em formato de círculo favorece o contato visual e a interação face-a-face entre todos.

Para a realização dos GC, a sala era organizada de modo a evidenciar a coesão do grupo, desta forma tanto as enfermeiras quanto as pesquisadoras se acomodavam aleatoriamente nas cadeiras, sem gerar destaque às pesquisadoras.

Os GC foram planejados para acontecer em seis momentos integrados: interação e envolvimento do grupo (realização de dinâmica de grupo para promover a interação e a descontração); resumo dos consensos/decisões estabelecidos no GC anterior; apresentação dos objetivos do encontro e explicação sobre a sua condução; exposição das evidências científicas atuais sobre a temática definida previamente; discussões e identificação dos consensos sobre as práticas assistenciais na unidade de PPP; e ao final era proposto que as EO realizassem uma avaliação do desenvolvimento da atividade do dia e dos consensos estabelecidos para o protocolo além de definirem em conjunto a próxima temática ser abordada.

Segundo Afonso (2006), o uso de técnicas de animação, mobilização e comunicação desempenha um papel importante no trabalho grupal, porém, estas não devem ser utilizadas de forma isolada da reflexão, mas sim de maneira contextualizada e associada às questões trabalhadas nos grupos.

Estrategicamente, optou-se por iniciar os grupos com dinâmicas que proporcionassem a interação entre as participantes e a descontração, do grupo como um todo. Porém, sempre tentava-se associar essas dinâmicas com as temáticas discutidas em cada encontro, de modo que as EO relatassem as suas experiências e refletissem sobre elas.

Torres, Hortale e Schall (2003) evidenciam que o uso de dinâmicas e jogos educativos enriquece o desenvolvimento dos grupos, uma vez que são importantes instrumentos de comunicação, expressão, aprendizado e favorecem o conhecimento e promoverem trocas de saberes e a interação das pessoas entre si e das pessoas com o ambiente.

Para a realização dos grupos foram utilizadas estratégias inovadoras de ensino. Xavier et al. (2014) criticam o predomínio das estratégias tradicionais no ensino dos profissionais da saúde, que por vezes, no processo de aprendizagem, restringem-se a meros expectadores e sujeitos que reconhecem as modificações da realidade, porém que não as analisam criticamente.

O uso de estratégias inovadoras rompe com o paradigma dominante, ao propor o uso de alternativas que quebram a estrutura tradicional (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014). Anatasiou e Alves (2007) evidenciam que o uso de estratégias inovadoras faz parte da efetivação de uma metodologia dialética. A utilização dessas estratégias requer a aplicação e exploração de meios, de modos, de jeitos, de formas, de pensamentos, respeitando às condições favoráveis para sua execução. Por isso, foi essencial a aproximação dos membros do grupo de pesquisa com estas estratégias de ensino para a potencialização dos grupos.

Nesse sentido, na construção desse protocolo, optou-se pelo uso de práticas pedagógicas consideradas inovadoras, pois, a todo momento, pretendia-se estimular e valorizar a autonomia e o protagonismo das EO perante ao processo de elaboração do protocolo, além disso, constantemente eram utilizadas estratégias voltadas a alcançar maior adesão e participação das enfermeiras nos GC o que propiciava o raciocínio crítico e reflexivo para a elaboração do protocolo.

As principais estratégias utilizadas foram a construção de mapas conceituais, a leitura crítica de protocolos de instituições de referência, discussão em grupos menores e esquemas teóricos. Dentre as estratégias utilizadas, destaca-se a problematização.

De acordo com Xavier et al. (2014), a educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Assim, durante os GC, as EO eram incitadas a expressar as suas percepções pessoais para o enfrentamento dos problemas em questão, fundamentadas em conhecimento científico e na realidade vivida na assistência.

Ao final de todos os GC era solicitado às enfermeiras que realizassem uma avaliação do andamento do GC e dos consensos estabelecidos, objetivando, a partir do exposto, realizar adequações necessárias nos grupos posteriores.

Ao se realizar uma analogia com o processo de aprendizagem a partir das reflexões de Castanheira e Ceroni (2007), sobre o processo de avaliar dos docentes e as suas contribuições para a formação, é notório que esta etapa do processo de ensino-aprendizagem é fundamental para que os alunos, ou, neste caso os participantes do grupo, possam dar suas opiniões sobre o processo, de forma a contribuírem para melhorias. Para que isso ocorra é essencial que se realize a sensibilização de todos os envolvidos, de modo a esclarecer que o objetivo da avaliação é a melhoria, e não a punição.

Quanto aos consensos, Afonso (2006) afirma que apesar de um grupo possuir objetivos em comum, cada participante mantém as suas especificidades e individualidades, desse modo o consenso no grupo sempre será fruto de acordos que irão se modificando ao longo do tempo. Além disso, conflitos e divergências fazem parte de um grupo, precisando apenas serem trabalhados para alcançar os consensos. Deste modo, os coordenadores devem saber trabalhar com as diferenças no sentido de saber construir a troca e a tolerância.

Atualmente, muitos trabalhos na área da enfermagem são conduzidos utilizando a técnica de GC, tais como o estudo realizado por Pivoto et al. (2010) com o objetivo de identificar, em conjunto com enfermeiras de uma unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, com vistas à futura implementação do processo de enfermagem nessa unidade. Este estudo evidenciou que o uso da técnica de GC proporcionou a discussão, construção e legitimação do trabalho das enfermeiras.

Por sua vez, estudo realizado por Bergold, Lima e Alvim (2012), com o objetivo de analisar as concepções de clientes em tratamento quimioterápico e de seus familiares sobre encontros musicais que abordam a morte e os recursos utilizados para o seu enfrentamento, demonstrou a importância dos GC como estratégia utilizada para os pacientes oncológicos expressarem suas crenças e sentimentos acerca do processo de vida/morte, contribuindo para o enfrentamento da ansiedade na quimioterapia e da perspectiva de morte.

Neste estudo, o objetivo principal do grupo foi realizar a reflexão sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, para a socialização e reflexão sobre publicações científicas, com o intuito de desenvolver um protocolo assistencial consensuado, voltado à humanização do parto e nascimento, a partir da análise da assistência implementada naquela

unidade. Foram realizados oito encontros, entre os meses de setembro e dezembro de 2015, que serão detalhados.

Primeiro GC: este encontro teve duração aproximada de 1 hora e 45 minutos, em uma sala de reuniões do hospital, localizada no setor administrativo. Estiveram presentes todas as EO (seis) e a equipe de pesquisadoras. Foram discutidas as seguintes temáticas: a política da Rede Cegonha; boas práticas de atenção ao parto e nascimento; critérios para a assistência da EO e para o compartilhamento do cuidado com a equipe médica.

Inicialmente, foi realizada uma breve apresentação do projeto matricial (os objetivos da pesquisa e o cronograma dos encontros). A coordenadora do grupo ressaltou a importância da participação de enfermeiras especialistas nesse processo, tanto pela rica contribuição que cada participante proporcionaria como pela oportunidade da construção conjunta de um protocolo assistencial que atendesse às necessidades dos profissionais e clientes usuários da unidade de PPP, assim como as especificidades da instituição hospitalar. Nesse encontro, todas as EO puderam expressar suas dúvidas em relação à pesquisa, bem como suas expectativas quanto aos encontros.

Em seguida, foi realizada uma dinâmica para acolhimento, interação e envolvimento do grupo, seguida do agradecimento pela presença de todas nesse momento de construção coletiva do protocolo. As EO foram consultadas quanto ao uso da câmera filmadora durante todos os encontros e convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após, de forma expositiva, utilizando equipamento de multimídia, foram abordados conceitos gerais sobre a Rede Cegonha, seus princípios, objetivos, diretrizes e componentes, e sobre as Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento. Ao final, iniciou-se um debate a partir de duas questões norteadoras: Considerando suas práticas no ambiente do PPP, até que ponto vocês consideram que a unidade esteja cumprindo com as diretrizes do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha? As Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento estão sendo realizadas conforme estabelecido pela OMS?

Todas as EO participaram ativamente e contribuíram relatando experiências relacionadas à prática diária na unidade de PPP. A todo momento foram introduzidas novas questões para reflexão e quando necessário, foram solicitados esclarecimentos.

Após uma hora de atividade foi proposto um trabalho com subgrupos a fim de definir os parâmetros para a assistência da EO ao parto de risco habitual e os critérios para o compartilhamento do cuidado com a equipe médica. Documentos norteadores baseados em protocolos de instituições de referência já implementados em outros estados foram disponibilizados para que cada subgrupo destacasse os consensos definidos. Devido ao fato de

e tempo disponível estar se esgotando, foi acordado com as EO que os consensos seriam definidos no início do próximo encontro.

Antes de finalizar o encontro as enfermeiras realizaram uma breve avaliação das atividades realizadas naquele dia. Todas avaliaram de maneira satisfatória, e contribuíram sugerindo a realização de um lanche ao final das reuniões. Foram apresentados o cronograma e as temáticas a serem abordadas nos próximos encontros. E após a realização dos ajustes necessários, as atividades foram encerradas com agradecimentos aos presentes e com o convite para que todas comparecessem ao segundo encontro.

Após a saída das EO o grupo de pesquisadoras se reuniu para que as observadoras relatarem as suas percepções, e posterior discussão sobre os pontos positivos e as fragilidades apontadas pelas EO. Conforme a observação realizada pelo grupo, foi evidente a empolgação demonstrada pelas enfermeiras em relação à elaboração do protocolo, visto que grande parte do tempo elas demonstraram-se atentas, principalmente na realização das atividades em pequenos grupos, quando discutiram as temáticas propostas com segurança e entusiasmo.

Segundo GC: realizado na sala de reuniões do hospital em estudo, com duração de 1 hora e 35 minutos. Participaram quatro EO e todo o grupo de pesquisadoras. As participantes que não puderam comparecer justificaram as razões para as suas ausências. A temática proposta para o encontro foi exame físico obstétrico.

Inicialmente foi realizada uma atividade de interação com o grupo. A seguir, com uso de equipamentos de multimídia, foi apresentada uma síntese do que cada subgrupo havia elencado no último encontro. Foram destacados os pontos que geraram divergências para que todos definissem pelo consenso. Na busca por definir condutas, elas relatavam vivências sobre o tema em questão, sendo nítida a divergência entre a atuação de cada enfermeira. Considerando as diferentes experiências profissionais, notou-se que algumas possuíam uma postura mais intervencionista que outras, porém, apesar das divergências, ao final da discussão foram estabelecidos os consensos sobre a classificação de alto e baixo risco das parturientes, e os critérios para o compartilhamento da assistência com a equipe médica nos períodos do trabalho de parto. Neste momento, ocorreu ainda uma breve conversa sobre a operacionalização do protocolo e sobre as instâncias necessárias para respaldar legalmente o uso desse protocolo.

A seguir, propôs-se a construção de um mapa conceitual sobre exame físico obstétrico a partir de um *check-list* proposto pela equipe de pesquisadoras. Novamente elas foram divididas em subgrupos, sendo disponibilizados papel pardo e canetas coloridas para a realização da atividade proposta. Inicialmente, todas demonstraram certo desinteresse em

construir o mapa conceitual, alegando complexidade da tarefa, porém, com a o incentivo das pesquisadoras, algumas enfermeiras tomaram a frente e iniciaram a produção dos esquemas. Elas realizaram o trabalho de forma objetiva e embasado em evidências científicas.

Ao término da atividade foram apresentadas as definições dos dois grupos e estabelecidos os seguintes consensos: o acolhimento à parturiente na unidade de PPP deve ocorrer de forma conexa aos aspectos relacionais da assistência e contemplar às etapas e procedimentos para a realização da anamnese e do exame físico. Como sugerido, ao final do último encontro, foi servido um lanche providenciado pelas pesquisadoras. Após este momento, o encontro foi avaliado de maneira satisfatória, não sendo relatado nenhum problema ou sugestão. Em sequência a avaliação realizou-se o encerramento, agradecimento aos presentes e convite para o próximo encontro. Após o grupo de pesquisa sistematizou os consensos estabelecidos e os organizou em forma de *check-list*.

Terceiro GC: Realizado na sala de reuniões do hospital, com duração de 1 hora e 15 minutos, compareceram cinco EO. A temática discutida neste encontro foi Partograma e mesmo antes de iniciar a atividade, era nítida a empolgação das enfermeiras para discutir a temática.

Inicialmente ocorreu uma dinâmica de interação entre as participantes e foi apresentada a síntese das condutas definidas no encontro anterior. Com o uso de equipamento de multimídia foi feita a exposição de uma introdução ao tema abordando conceitos, objetivos, vantagens e benefícios do uso do partograma. No decorrer da apresentação ocorreram interrupções para a retirada de dúvidas referentes às diretrizes estabelecidas nas evidências científicas.

Na segunda atividade foi apresentado um grande painel confeccionado em papel pardo, que apresentou evidências científicas atualizadas de três diferentes modelos de partograma: a) a curva de Zhang que ainda não é validado no Brasil; b) o partograma proposto pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), validado no Brasil e utilizado por maternidades de referência para a humanização da assistência ao parto; e c) o de Friedman que é o atual modelo adotado na instituição, porém com algumas atualizações.

Esse momento ocorreu de forma bastante dinâmica, cada tópico era lido em voz alta por uma enfermeira e os estudos/evidências científicas selecionados eram colados no painel. Após cada leitura dava-se início uma discussão sobre o assunto. Eram nítidas a empolgação e a euforia de algumas participantes perante a temática.

Apesar das discussões e das contribuições das EO não foi possível estabelecer consensos sobre a temática. Elas evidenciaram a necessidade de um aprofundamento teórico sobre cada modelo de partograma para a tomada de decisão. Para tanto, foi sugerido que todos os participantes buscassem na literatura mais informações sobre cada modelo com vistas a estabelecer o consenso no próximo encontro. Ao final, foi servido o lanche e realizada breve avaliação. Nesta, algumas enfermeiras demonstraram estar desmotivadas devido à grande discrepância entre as opiniões dos membros do grupo. Com vistas a solucionar tal dificuldade, foi sugerida a leitura de textos que seriam disponibilizados por e-mail, além da aplicação de cada um dos modelos na unidade, de modo a identificar o que melhor se aplicaria.

Quarto GC: Encontro realizado com duração de 1 hora e 40 minutos. Participaram 3 enfermeiras, novamente sobre a temática partograma.

Foi realizado acolhimento e na sequência foram retomadas as discussões sobre partograma. Cada enfermeira relatou as suas percepções perante a cada modelo de partograma e apresentou algumas evidências científicas encontradas sobre o assunto. Baseando-se na realidade da unidade de PPP, elas definiram pela adoção do partograma de Friedman, desde que fossem estabelecidos critérios para a abertura e preenchimento do mesmo. Foram acordados alguns procedimentos que relacionam-se com a utilização deste instrumento, tais como a frequência dos exames vaginais, ausculta de batimento cardíaco fetal, avaliação da dinâmica uterina, entre outros. Devido à ausência de grande parte do grupo nesta reunião, novamente decidiu-se pelo adiamento dos consensos sobre a temática.

O segundo momento do encontro foi destinado a refletir sobre as distocias e condutas diagnósticas a partir do uso do partograma. Essas informações foram apresentadas em forma de quadro. Cada item do quadro foi lido em grupo e após discussões foi estabelecido um consenso inicial.

O terceiro momento do encontro foi destinado à reflexão sobre a habilitação das EO para prescreverem medicamentos durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Para a condução dessa temática foi elaborada uma ampla relação de medicações adotadas por instituições brasileiras de referência na atenção ao parto e nascimento. Após a leitura de cada tópico era oportunizado espaço para discussões. Todavia, em virtude da divergência de opiniões diante da prescrição de determinados medicamentos, tais como a ocitocina sintética na condução do trabalho de parto, definiu-se que a decisão deveria ser tomada no encontro subsequente. Ao final, foi servido o lanche e realizada avaliação do encontro. Nessa, as EO relataram que em razão da incompletude do grupo não era adequado estabelecer consensos.

Como sugestão, recomendou-se a leitura do aparato legal da enfermagem obstétrica para respaldar posterior definição sobre as medicações.

Quinto GC: Participaram do grupo apenas duas enfermeiras, com duração de aproximadamente 1 hora e 10 minutos. As temáticas discutidas foram: medicações e tecnologias não invasivas de cuidado.

Assim como nos encontros anteriores, foi realizado uma breve dinâmica de acolhimento e interação entre a equipe de pesquisa e as enfermeiras. Nesse momento, a enfermeira RT propôs a realização de uma apresentação breve com os principais indicadores epidemiológicos do serviço, tais como os índices de cesarianas, de episiotomias, de métodos não farmacológicos para alívio da dor, entre outros, propiciando um rico momento de reflexão e conhecimento sobre a realidade do local de estudo.

Após a apresentação, foi dado início às discussões sobre as tecnologias não invasivas de cuidado. Para condução deste encontro foi apresentado um quadro com diversas tecnologias, seus objetivos, indicações clínicas e um resumo das principais evidências científicas sobre a sua utilização. Durante a leitura do quadro, as participantes faziam interrupções para relatar experiências sobre o seu uso e as suas percepções frente a cada tecnologia. Por se tratar de práticas incorporadas pela maioria do grupo na unidade de PPP, rapidamente as duas enfermeiras estabeleceram os consensos necessários.

Devido à ausência de ambas enfermeiras no último encontro, apresentou-se a elas um breve resumo do que foi abordado naquela ocasião, e após as mesmas relatarem suas opiniões sobre as temáticas, decidiram por estabelecer decisões na próxima reunião, considerando o número reduzido de participantes. No momento da avaliação também foi relatado sobre a impossibilidade de definir consenso na ausência da maioria do grupo de enfermeiras.

Sexto GC: Compareceram ao encontro quatro enfermeiras, tendo a duração de 1 hora e 5 minutos. A temática abordada foi: posições para o trabalho de parto e período expulsivo.

O momento inicial foi destinado à elaboração de um novo cronograma com vistas a garantir a presença de enfermeiras afastadas por motivos de férias e licenças. Após a realização de uma atividade para a descontração e acolhimento realizou-se um resumo referente aos últimos encontros. Foram definidos aspectos pendentes referentes ao partograma e prescrição de medicamentos. Sendo decidido pela adoção do partograma de Friedman e situados critérios para abertura do instrumento. Quanto às medicações, estabeleceu-se pelo uso rotineiro apenas para as que fazem parte da prescrição habitual para o trabalho de parto e puerpério imediato, como analgésicos e antieméticos via oral, ocitocina profilática pós-parto,

entre outros. Com relação à prescrição da ocitocina para correção de distocias não houve consenso, sendo definida a não inclusão desta no protocolo.

Com a utilização de um quadro norteador, foram discutidas as indicações, vantagens e desvantagens das possíveis posições a serem assumidas pela parturiente durante o trabalho de parto e período expulsivo. Foi realizada uma leitura sobre as evidências científicas existentes referente a cada posição. A todo momento as EO relatavam suas experiências com a adoção de diversas posições. Todas as posições discutidas foram aceitas para a inserção no protocolo, dando maior ênfase às posições verticalizadas devido suas vantagens.

Por tratar-se de temática que diz respeito à prática rotineira da maioria das enfermeiras, o tema não causou divergência, e foi rapidamente analisado e consensuado a partir de evidências científicas. Ao final, o encontro foi avaliado positivamente e posteriormente foi servido o lanche.

Sétimo GC: Realizado com duração de 1 hora e 30 minutos, contou com a participação de quatro enfermeiras. Devido a problemas relacionados à infraestrutura da sala de reuniões, o encontro ocorreu na sala de videoconferência do hospital. Durante a realização do GC, permaneceram na sala funcionários da instituição, sendo possível ouvir diálogos paralelos, o que comprometeu o andamento do grupo, em parte por inibir a participação das enfermeiras.

Após o acolhimento e o resumo dos consensos definidos no último GC, foi projetado um vídeo de uma médica e pesquisadora reconhecida nacionalmente sobre recomendações atualizadas a respeito da realização de episiotomia, prevenção de traumas perineais e suturas. As EO assistiram atentamente ao vídeo e enalteceram a qualidade das informações.

Em seguida, iniciou-se a exposição de evidências científicas complementares com o uso de equipamento de multimídia. Assim como nos demais encontros, a cada evidência científica apresentada as EO realizavam associações com as suas práticas assistenciais no contexto da unidade PPP.

Após as discussões definiu-se pela não realização de episiotomia de rotina; em relação a proteção perineal, foi deliberado a não realização de massagem perineal durante o trabalho de parto e/ou parto, contudo, a aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto foram entendidas como benéficas, assim como o uso das técnicas “mãos sobre” e “mãos prontas” que podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo. Durante o segundo período do trabalho optou-se pelo apoio à realização de puxos espontâneos em mulheres sem analgesia e pela não realização da manobra de Kristeller; sobre a reparação perineal foi estabelecido analgesia efetiva, sutura de lacerações de primeiro grau, exceto nos casos em que

as bordas estejam bem aproximadas, e reparação perineal em lacerações de segundo grau utilizando a técnica de sutura contínua, não ancorada.

Ao final, do encontro realizou-se uma avaliação das atividades, que evidenciou o desconforto de algumas enfermeiras com o local de realização da reunião.

Oitavo GC: Realizado com duração de 1 hora e 30 minutos, participaram do encontro três EO, em uma sala de aula do anexo didático do hospital. O tema abordado foi a assistência durante a dequitação/pós-dequitação e cuidados com o RN.

Realizou-se o acolhimento e em sequência foi apresentado um resumo dos consensos estabelecidos com base em evidências definidas no encontro anterior. Fez-se a exposição dos principais estudos científicos sobre a assistência durante a dequitação/pós-dequitação e cuidados com o RN e assim como nos demais encontros, as EO demonstraram-se participativas e envolvidas com as discussões sobre as temáticas.

Como consenso foi estabelecido: o manejo ativo do nascimento, com administração profilática de ocitocina; pinçamento do cordão umbilical a partir do terceiro minuto de vida do RN ou após a interrupção da pulsação do cordão umbilical. Quanto aos cuidados com o RN foi estabelecido a realização do contato pele a pele e a amamentação materna logo após o parto.

Por se tratar do último grupo de convergência, ao final foi destinado um tempo maior para que cada participante discorresse sobre a experiência da participação nos GC e realizasse uma breve avaliação de todo o processo de construção coletiva. As EO evidenciaram inúmeros aspectos positivos proporcionados ao longo do processo, dentre eles destacaram o uso de evidências científicas para ancoragem das decisões, a possibilidade da homogeneização da assistência prestada por esse grupo de enfermeiras e o fortalecimento da união do grupo.

Passo 8 - Elaboração textual

Os GC possibilitaram a reflexão e a idealização de uma sequência de cuidados de enfermagem à parturiente de risco habitual, desde a sua admissão na unidade de PPP até o pós-parto imediato. Após a finalização dos GC, foi realizada a elaboração textual do protocolo de forma criteriosa a partir dos consensos, das evidências científicas elencadas de forma colaborativa, da análise das videofilmações dos GC e das rotinas estabelecidas na unidade de PPP. Este passo foi realizado pelas pesquisadoras do grupo de pesquisa, uma vez que foram as responsáveis pela sistematização dos consensos estabelecidos pelo grupo.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009), há duas formas de elaborar um protocolo: sob forma de texto, no qual deve ser descrita a sequência dos passos a serem seguidos com as necessárias recomendações; ou sob a forma de fluxograma, com algoritmos. No protocolo desenvolvido por este estudo, optou-se por elaborá-lo sob a forma de texto, uma vez que a utilização de fluxogramas daria maior ênfase aos aspectos clínicos.

A partir dos consensos foi estabelecido no protocolo as condutas para a assistência à parturiente de risco habitual, as quais não se prendem apenas a aspectos clínicos, mas também a aspectos relacionais, tais como o acolhimento, a privacidade parturiente, entre outros.

A partir dos consensos firmados nos GC, foi possível sistematizar o Protocolo de Atendimento à Gestante de Risco Habitual da Unidade de PPP, cujo o texto central de descrição das situações clínicas foi elaborado a partir de uma sequência lógica, que contemplou os períodos clínicos do trabalho de parto e parto, a saber: assistência à admissão; assistência ao período de dilatação; assistência ao período expulsivo; assistência a dequitação e pós-dequitação; assistência ao período de Greenberg; assistência ao RN. Essa escolha foi tomada, com vistas a facilitar a leitura e o manuseio do protocolo durante a sua utilização.

Cabe ressaltar que o protocolo foi construído com base em um modelo pré-estabelecido pela instituição, nesse sentido, a formatação e *layout* do mesmo seguiram o modelo da instituição. O Quadro 3 demonstra os conteúdos que compõem o protocolo e os subitens abordados em cada um desses períodos.

Quadro 3. Itens constantes no Protocolo de Atendimento à Gestante de Risco Habitual da unidade de PPP

(continua)

ITENS DO PROTOCOLO	ESPECIFICAÇÃO
Abreviaturas/Siglas	-
Objetivo do protocolo	-
Aplicação do protocolo	-
Responsabilidades	- Enfermeiras obstetras - Técnicos de enfermagem - Médicos - Residentes - Internos
Definições de conceitos	- PPP - Parto normal - Risco habitual - Alto risco - Humanização do parto e nascimento
Introdução	- Humanização da assistência ao parto e nascimento - Boas práticas de atenção ao parto e nascimento

Descrição do protocolo	- Elegibilidade - Critérios de inclusão - Critérios de exclusão - População eleita
Assistência à admissão	- Exame físico geral e obstétrico - Critérios para a assistência da enfermeira obstetra no PPP do HUJM - Critérios para o compartilhamento da assistência com a equipe médica no 1º período do trabalho de parto - Critérios para o compartilhamento da assistência com a equipe médica no 2º período do trabalho de parto - Critérios para o compartilhamento da assistência com a equipe médica no 3º período do trabalho de parto
Assistência ao período de dilatação	- Uso do partograma - Exame vaginal - Amniotomia - Medicações - Oferecimento de aporte calórico/dieta - Ausculta fetal - Tecnologias não-invasivas de cuidado da enfermagem obstétrica
Assistência ao período expulsivo	- Posições da parturiente para o período expulsivo - Prevenção de traumatismo perineal - Puxos dirigidos e manobra de Kristeller
Assistência à dequitação e pós-dequitação	- Revisão da cavidade uterina e do trajeto - Tração controlada do cordão - Pinçamento do cordão umbilical - Massagem uterina - Reparação perineal e vaginal
Assistência ao período de Greenberg	- Manejo da hemorragia pós-parto
Assistência ao recém-nascido	- Contato pele a pele - Amamentação materna - Profilaxia oftálmica - Profilaxia da enfermidade hemorrágica com vitamina k - Banho no recém-nascido
Referências	- Todas as referências utilizadas no protocolo
Participantes do projeto	- Nome dos envolvidos na elaboração do protocolo - Nome dos envolvidos na revisão do protocolo
Aprovação	- Nome dos envolvidos na aprovação do protocolo
Apêndices	- Apêndice A – quadro 2. Medicações que podem ser prescritas e administradas pela enfermeira obstetra na sala de parto; - Apêndice B - quadro 3. Tecnologias não-invasivas de cuidado da enfermagem obstétrica; - Apêndice C - quadro 4. Posições para o período expulsivo.

Fonte: Elaborado e concebido pelas autoras.

Apesar da proposta ser de elaboração do protocolo a partir dos GC, os elementos pré e pós-textuais foram construídos pelas pesquisadoras, sendo as EO consultadas em momentos específicos. Foram elaborados e inseridos no protocolo as responsabilidades dos profissionais atuantes na unidade a partir das proposições ministeriais, e a definição de alguns termos julgados importantes para o estabelecimento do protocolo, como PPP, risco habitual, entre outros.

Também foi elaborada uma breve introdução abordando a assistência ao parto de risco habitual, a inserção de EO na assistência ao parto, as políticas atuais de assistência ao parto no Brasil e a humanização da assistência ao parto. Foram ainda definidos aspectos relacionados a utilização do protocolo como: elegibilidade, critério de inclusão, critérios de exclusão e população eleita. O objetivo e a aplicação do protocolo foram definidos pelo grupo oportunamente.

Para a construção textual do protocolo, as pesquisadoras lançaram mão de autores para desenvolver parágrafos introdutórios sobre as temáticas, descrever itens, ou acrescentar tópicos considerados importantes, tais como inserção de aspectos relacionais, sociais, e culturais, que, apesar de não consensuados nos GC, foram citados pelas EO como importantes para uma assistência humanizada.

Para a organização de parte do texto, foram elaborados quatro quadros, por possibilitarem leitura fácil e objetiva das informações. Werneck, Faria e Campos (2009) evidenciam que o uso de quadros ou fluxogramas em protocolos qualificam a representação das evidências científicas e facilitam a compreensão por parte dos profissionais. Os conteúdos organizados nos quadros foram apresentados sob os seguintes títulos: 1) Quadro de distocia e condutas diagnosticadas pelo partograma; 2) Medicamentos que podem ser prescritos e administrados pela enfermeira obstetra na sala de parto; 3) Tecnologias não invasivas de cuidado da enfermagem obstétrica; 4) Posições para o período expulsivo. Os quadros foram apresentados nos elementos pós-textuais do protocolo.

Ao final, foram relacionadas todas as evidências científicas utilizadas, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, foram acrescentados quadros, construídos conforme orientações da instituição, contendo o Nome, Cargo e Assinatura dos participantes do processo de elaboração, revisão e aprovação do protocolo. A equipe de elaboração consistiu de todas as participantes dos GC (EO e pesquisadoras), a equipe de revisão textual foi formada por parte da equipe de pesquisa (mestrandas, doutoranda e professora doutora) e algumas EO que tiveram disponibilidade em

auxiliar nesta etapa. A equipe de aprovação foi determinada pela instituição (profissionais no exercício de cargos de gestão).

Passo 9 - Avaliação e aprovação institucional do protocolo

Após a finalização da elaboração textual, o protocolo foi encaminhado para as EO para a realização de uma revisão final. Posteriormente o protocolo foi conduzido para a chefe de unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do hospital para a formatação final por funcionários especializados e encaminhamento para os avaliadores internos.

O protocolo seguiu o seguinte trajeto institucional para sua apreciação: Chefia da Divisão de Enfermagem; Chefia da Divisão de Gestão do Cuidado; Chefia da Divisão Médica; Chefia de Unidade Materno Infantil; e Diretor de Atenção à Saúde. O objetivo de tal trâmite foi obter a aprovação para dar início a implementação do documento na unidade. Vale destacar que esse processo de avaliação está sendo realizado conforme as normas da instituição gestora, a qual estabeleceu a comissão avaliadora.

Apesar do projeto matricial ter previsto um curto espaço de tempo entre a elaboração do protocolo e a sua aprovação, autorização e implementação na unidade de PPP, estas etapas não ocorreram até o presente momento. Segundo as EO tal fato pode estar relacionado às mudanças na equipe de gestão ocorridas no decorrer do processo de avaliação do protocolo.

Apesar da avaliação do protocolo estar em curso, nota-se que a morosidade do processo têm ocasionado frustração nas enfermeiras frente à expectativa e ao desejo de vê-lo implantado. Contudo, embora o protocolo ainda não esteja institucionalmente implantado, o grupo de EO que participou do processo de elaboração do mesmo, de maneira geral, têm buscado embasar suas práticas assistenciais nos consensos estabelecidos.

Diante do exposto, avalia-se que esta etapa do processo não ocorreu conforme o esperado, uma vez que o planejamento previa a sua efetivação de forma ágil, diante do apoio institucional recebido durante a construção do protocolo.

6.2 Eixo de organização II - Resultados do processo de elaboração do protocolo

Neste segundo eixo de organização são apresentados, discutidos e analisados os dados que compõem o *corpus* de análise deste estudo, resultantes dos GC realizados como estratégia para a elaboração do protocolo assistencial, dos dados coletados nas entrevistas abertas realizadas com as EO e daqueles decorrentes da observação participante realizada na unidade

de PPP. A análise desse conjunto de informações possibilitou a construção deste eixo de organização, que será apresentado em três categorias empíricas como seguem.

6.2.1 Processo de construção do protocolo assistencial: efeitos transformadores e contribuições

O processo de elaboração do protocolo assistencial, amparado no referencial metodológico da PCA, resultou em um processo colaborativo, que teve como finalidade desenvolver pesquisa e assistência de forma associada. As EO participaram ativamente de todo o processo, não sendo meras receptoras de informações, mas sim, agentes ativas e transformadoras de sua realidade, gerando modificação de práticas assistenciais (a partir da elaboração do protocolo da unidade de PPP) e conhecimento científico.

Verificou-se, durante todo o processo de elaboração do protocolo proposto no contexto deste estudo que, as participantes reconheceram a importância da construção de forma colaborativa.

[...] acredito que é um protocolo que vai abranger muito mais e vai conseguir atender melhor este setor, certo? Do que uma pessoa ou duas fazerem, porque quando alguém me passa um protocolo que eu não participei da elaboração, eu leio, as vezes eu leio rápido e aprovo, as vezes pode ser coisas que eu vou discordar ou concordar, mas isso aí eu não ajudei a fazer, e quando você ajuda a elaborar você tá a todo momento questionando até entrar em um acordo, então isso foi muito bom (Enfermeira 3, entrevista).

Dentre as vantagens citadas pelas EO está a utilização das evidências científicas, o diálogo, a unidade do grupo de enfermeiras e a liberdade para que todas pudessem expor suas experiências e ideias.

Paim e Trentini (2014) ressaltam que na PCA o diálogo consiste no instrumento primordial para a concretização de mudanças na prática assistencial. As autoras destacam que a assistência de enfermagem é uma prática social exercida em grupo, desta forma, é a partir desses grupos e do compartilhamento de ideias que se constrói um conhecimento capaz de tornar os cenários de enfermagem propensos a mudanças e inovações.

Ao socializar os seus conhecimentos e as suas vivências de assistência ao trabalho de parto e parto, as enfermeiras conseguiram elaborar um produto que atendesse as expectativas das EO, ao mesmo tempo em que contemplasse as especificidades do contexto vivenciado. Ficaram evidente as competências do grupo para promover mudanças significativas no

processo assistencial, visto que suas informações e reflexões nortearam todo o processo de elaboração do protocolo.

Schweitzer (2010) ressalta a importância e riqueza das contribuições dos profissionais em um processo de construção coletiva de um protocolo, uma vez que promove uma reflexão crítica da realidade e possibilita modificações na prática diária. A autora refere que o comprometimento e engajamento dos profissionais da saúde no processo de construção coletiva de protocolos impulsiona a concretização dessa ferramenta.

Honório e Caetano (2009), em estudo realizado para relatar a experiência do grupo de enfermeiras da unidade de internação de hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, no município de Fortaleza-CE, diante da construção de um protocolo, salientam que a elaboração destes instrumentos por meio de um processo grupal proporciona crescimento para a equipe e para cada profissional, com repercussões na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, tais como a adequação do dimensionamento de pessoal e equipamentos, avaliação crítica e continuada do processo de trabalho, revisão periódica dos protocolos já existentes, e estímulo à busca de parcerias para a elaboração de outros protocolos para a unidade.

A oportunidade de desenvolver um protocolo assistencial, para embasamento da assistência na unidade de PPP, entre colegas de trabalho, é vista como ímpar, uma vez que “estreita” a relação entre os profissionais, sendo considerado pelas EO como a principal contribuição do processo de elaboração.

[...]direta e indiretamente, quando eu digo que uniu o grupo, uniu a parte pessoal do grupo também... As pessoas passaram a criar laços e isso elas não tinham antes ali dentro, e uma vez que a relação interpessoal fica melhor, o trabalho fica melhor... Isso é uma coisa bem positiva, não é uma coisa muito direta da assistência, é uma coisa indireta mas que influencia... A ambiência passa por isso também, a relação entre os profissionais, entre si, isso reflete no cuidado e isso foi uma coisa muito boa (Enfermeira 4, entrevista).

Neste estudo, entende-se como grupo um todo dinâmico, que não se restringe apenas a soma de participantes, mas configura-se como um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, propõem-se, explícita ou implicitamente, a uma tarefa que constitui sua finalidade. No entanto, não basta que haja um objetivo comum ou que tenha como finalidade uma tarefa, é preciso que essas pessoas façam parte de uma estrutura dinâmica chamada vínculo (AMARAL, 2007).

Na literatura atual, observa-se que há diversos estudos sobre grupos, porém estes abordam, especificadamente, trabalhos em grupo com usuários do SUS. O que evidencia a

carência de estudos sobre modelos para formação de um grupo de trabalho coeso, com vínculos que favoreçam o desenvolvimento da assistência à saúde (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Neste estudo ficou evidente que no decorrer do processo de construção houve, gradativamente, o estabelecimento do vínculo entre todas as participantes, principalmente entre as EO, que até então se configuravam como um agrupamento, pois, apesar de possuírem objetivos em comum não estabeleciam ligações e vínculos para realizá-los.

Para além do estabelecimento do vínculo entre as participantes, é possível verificar que, no decorrer dos GC, foi crescente o sentimento de pertencimento ao grupo por parte das EO. De acordo com Afonso (2007), nesse movimento de mudança ocorre a aceitação/predisposição para deixar de ser um “agrupamento”, visto que emerge uma forte tendência para conhecer as diferenças entre os membros do grupo e os elementos em comum, o que proporciona a construção de um grupo coeso.

Fassini, Machado e Schults (2013) discutem os resultados de uma pesquisa que enfoca as percepções de um grupo de mulheres que formam uma rede social e concluem que, a partir do momento em que os integrantes de um grupo se autopercebem pertencentes a este é que se autorizam a ser, a se permitir agir e a se manifestar acerca dos objetivos e projetos do grupo. Desta forma, a partir desse sentimento de pertencimento é que os integrantes do grupo desenvolvem o seu protagonismo e descobrem a força do coletivo.

No estudo realizado por Seminotti e Cardoso (2007), com o objetivo de discutir sobre o pertencimento dos sujeitos a pequenos grupos, desde a perspectiva das configurações vinculares como organizadores de seus processos, os autores referem que o estabelecimento do vínculo entre os sujeitos e suas maneiras de pertencer aos grupos contribuem para a potencialização dos processos grupais e dos sujeitos que o compõem.

Assim sendo, o estabelecimento do grupo favoreceu as interações interpessoais, fato percebido pelas próprias EO como fundamental, pois a colaboração no ambiente de trabalho interfere diretamente no cuidado. Tal constatação vai ao encontro da proposta da PNH que ressalta que a humanização da assistência se fundamenta na troca de saberes entre profissionais, gestores e usuários, no diálogo entre os profissionais, no trabalho em equipe, além de considerar as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde (BRASIL, 2008a).

Para Thofehrn e Leopardi (2006), a formação e afirmação de vínculos profissionais têm por objetivo o desenvolvimento de relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem, o que facilita a resolução dos conflitos, ao mesmo tempo em que propicia o

desenvolvimento pessoal. Esses autores propõem um novo modo de gestão para o trabalho em equipe na enfermagem, de forma a assegurar o desenvolvimento de atividades coletivas, nas quais as relações interpessoais podem favorecer a práxis crítica, reflexiva e participativa (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

A oportunidade de participar da construção coletiva de um protocolo assistencial possibilitou às EO a chance de um processo de aprendizagem compartilhado, a partir das trocas de experiências, vivências e das reflexões e produções conjuntas, buscando mudanças na prática assistencial na unidade de PPP.

Conforme Amaral (2007), em processos grupais a partir do compartilhamento de dúvidas e questionamentos uma representação comum é construída, proporcionando condições para o alcance dos objetivos do processo.

Para Almeida e Soares (2010), no estudo realizado para refletir sobre a aprendizagem em grupo vivenciado pela pessoa diabética, a aprendizagem foi um dos indicadores de fundamental importância no processo grupal. Os autores evidenciam que a partir da interação dos integrantes dos grupos é que se estabelece a situação de aprendizagem, que permite aos integrantes apropriarem-se da realidade, e aprenderem compartilhando os pensamentos e conhecimentos que cada um tem.

[...]no processo nós conseguimos nivelar a assistência [...] tivemos um momento para discutir, falar sobre toda a nossa prática, apesar de não ter muita diferença entre uma e outra, entre nós mesmas, né? Nós praticamente tínhamos as mesmas condutas, mas isso foi bom porque tivemos um momento de aprendizado, ver e rever várias questões, tudo isso foi um momento muito bom, eu achei que foi muito proveitoso, foi um momento onde nós conseguimos é... crescer bastante. Eu percebi que depois daqueles momentos nós passamos a ter menos conflito... até em questão de assistência mesmo, a gente conseguiu falar a mesma língua, entendeu? Então foi muito bom nesse sentido (Enfermeira 2, entrevista).

Para uma das participantes, a partir da integração do grupo é que se estabeleceu a aprendizagem, isto se deu por meio de discussões sobre a prática assistencial embasada em evidências científicas e por meio da troca de experiências. Além disso, a partir do processo de elaboração do processo houve um certo nivelamento das práticas implementadas por elas, atribuindo como contribuição deste, conquistas como: “falar a mesma língua”, “falar língua semelhante” ou “nivelar as nossas práticas”.

Essa forma de fazer o protocolo foi bem interessante porque [...] temos a visão que é macro de como deve ser a assistência... mas ainda temos muitas dúvidas em relação a algumas condutas a serem tomadas, justamente por ainda não ter o protocolo... então quando reuníamos todas nós podíamos

discutir e ver o ponto de vista de cada uma. Acabamos aprendendo coisas novas, porque as vezes a minha verdade, porque a verdade individual não é a verdade universal né? Então podemos criar uma nova realidade de atendimento, com todas falando uma linguagem semelhante né? (Enfermeira 3, entrevista)

Para Schweitzer (2010), os protocolos de enfermagem são a standardização do cuidar, que concorrem para favorecer o discernimento sobre quais os cuidados são necessários, estabelecendo prioridades na assistência de enfermagem. Dessa maneira, os enfermeiros em conjunto e fundamentados cientificamente promovem uma melhor análise das questões com as quais lidam cotidianamente, o que facilita o desenvolvimento do protocolo de cuidados, favorecendo assim, uma assistência de enfermagem de forma rápida, eficaz e sem danos.

Conforme o manual “ O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na Saúde Suplementar no Brasil” (2009b), as principais contribuições de protocolos/diretrizes clínicas são: tornar a prática assistencial mais homogênea, reduzindo assim incertezas e discordâncias frente as boas práticas de atenção, priorizar as práticas benéficas e reduzir o uso inadequado de tecnologias, melhorar a aplicação dos recursos disponíveis, restringir variabilidades de cuidados procurando, ao estabelecer padrões, também oferecer ao usuário opções sustentadas por evidências científicas, estimulando o sistema para a adoção de decisões com equidade, entre outros.

Werneck, Faria e Campos (2009) consideram que a ausência de “padronização” das ações de um serviço de saúde situa a gestante/usuária em uma posição de fragilidade, pois pode determinar uma grande variação nos modos de fazer o cuidado. Nesse sentido, os protocolos conformam-se como estratégias potentes para a introdução de novas formas de implementar a prática, oferecendo direcionalidade no cuidar e garantindo a continuidade das ações. Além disso, os autores afirmam que são rotinas que, além de estruturar a assistência, poderão auxiliar na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Conforme Ferreira (2014), o significado do termo padronizar é: estabelecer um padrão para algo; regular ou unificar (processos ou procedimentos diversos) segundo critérios comuns; fazer ou realizar, conforme normas ou modelos pré-definidos; [...] uniformizar, tornar iguais ou semelhantes (uma série de coisas, pessoas, comportamentos)”. A partir dessa definição, observa-se que não se trata de “uniformizar ou padronizar” a assistência a partir da implantação de protocolos, pois na atenção à saúde não existe um padrão que deve ser seguido “à risca”, de forma regida, uma vez que não existe um padrão de usuário, uma vez

que cada indivíduo possui suas especificidades e individualidades, mas se trata do estabelecimento de referências flexíveis.

Especificamente no que diz respeito a este estudo, considerou-se que, por se tratar da elaboração e implementação de um protocolo que visa à humanização da assistência ao parto e nascimento, é necessário considerar a assistência para além da normatização de procedimentos e práticas.

Assim sendo, optou-se por utilizar a ideia ou sentido de nivelamento da assistência, visto que isso significa colocar no mesmo nível, igualar, equiparar-se (FERREIRA, 2014), não se conformando como algo rígido e imutável. Compreende-se que ao disponibilizar a fundamentação científica para a realização do cuidado, o protocolo estimula a reflexão/análise da enfermeira para a tomada de decisões, já que se pretende ofertar o cuidado mais adequado para cada situação específica. Não se trata portanto, de uma “forma padronizada de cuidados”, mas de um caminho fundamentado para o desenvolvimento de uma assistência segura e competente.

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009) por responderem de forma satisfatória às necessidades do serviço, muitas vezes os protocolos geram um clima de acomodação dos profissionais, podendo gerar uma apatia danosa ao processo de trabalho e o engessamento das práticas. Para que isso não ocorra, é necessária a realização constante de (re)avaliações e atualizações.

Segundo Paes (2011), os protocolos não são instrumentos estáticos, mas, podem ser readaptados conforme a necessidade, tanto do profissional quanto do usuário, sendo compreendido como um “instrumento flexível” e potencialmente aplicável. Nesse sentido, as EO entendem que o protocolo será uma ferramenta para estabelecer a execução de determinadas ações e promover uma assistência eficiente e eficaz.

Para as enfermeiras, é de fundamental importância a adequação das práticas, a individualização da assistência e a tomada de decisões centrada no protagonismo da mulher em trabalho de parto e parto.

[...]entre a equipe de enfermagem eu nos vejo falando uma linguagem mais semelhantes, partilhando uma tomada de decisão em alguns casos mais parecidos né? Porque um dos preceitos é individualizar o cuidado, lógico, algumas coisas vão ser individualizadas né? Eu não encaixo a mulher ao protocolo, eu encaixo o protocolo à mulher (Enfermeira 5, entrevista).

Nesse sentido, compreende-se que apesar de os protocolos serem ferramentas essenciais para a condução da assistência ao trabalho de parto e parto, no que diz respeito ao

nivelamento das práticas dos profissionais, é necessário que aqueles que os utilizam tenham consciência do direito ao protagonismo das mulheres frente ao processo de parturição e do cuidado integral e individualizado, considerando além dos aspectos clínicos, também os familiares, relacionais, sociais e culturais.

6.2.1.1 Busca contínua por evidências

Durante o processo de elaboração do protocolo, as EO valorizavam os consensos baseados em evidências científicas, de modo que realizaram constantes buscas por evidências. Reconheciam que os protocolos definidos a partir da literatura científica atual, que trata da eficácia dos procedimentos e intervenções na assistência ao parto, auxiliariam na reorganização da unidade de PPP.

Para Diniz (2009), atualmente, no Brasil, a assistência ao parto e nascimento convive com dois mundos opostos: um que reflete a ausência de tecnologias apropriadas; e outro com o uso de tecnologia inapropriada. Isso ocorre principalmente diante da não adesão a protocolos baseados em evidências científicas para o manejo da gestação e parto de risco por parte dos profissionais da saúde.

Pedrolo et al. (2009) afirmam que, os avanços tecnológicos e mudanças no processo de cuidar e na prática profissional exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser dos profissionais, nesse sentido, são necessários métodos que possam validar conhecimentos, produzir evidências científicas e realizar pesquisas que comprovem a efetividade de intervenções e subsidiem a prática dos profissionais da saúde, tornando-a mais qualificada e confiável.

Destaca-se nesse contexto a importância das evidências científicas, por resultarem de pesquisas conduzidas com o necessário rigor metodológico e que minimizem as chances de “vieses”, ou seja, um tipo de erro que, sistematicamente, distorce os resultados (BARBOSA, 2010). Nesse estudo, o processo de elaboração do protocolo ocorreu amparado em evidências científicas atualizadas, e durante o processo decisório as EO comumente se baseavam nestas, preocupadas com a não adesão de estratégias defasadas ou ultrapassadas.

Segundo Borges (2005), a assistência à saúde muitas vezes está amparada em práticas tradicionalmente utilizadas, mas inadequadamente testadas ou consideradas obsoletas diante dos avanços científicos, o que pode colocar em risco a segurança dos pacientes, além de aumentar os custos por não permitirem a obtenção dos resultados esperados. Nesse sentido, incorporar a prática assistencial protocolos baseados em pesquisas científicas oferece o

embasamento necessário para a prestação de uma assistência adequada e menos danosa aos usuários dos serviços de saúde.

Atualmente, estudos revelam que as mulheres brasileiras são muitas vezes expostas a procedimentos e intervenções inapropriadas em decorrência da desatualização dos profissionais da saúde. Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada por Leal et al. (2014) demonstram isso, ao constatar o emprego rotineiro de procedimentos inadequados e atualmente não amparados pela literatura científica, tais como episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros. Esses autores ressaltam a importância de promover práticas baseadas em evidências como estratégias para melhorar o modelo de assistência obstétrica e aprimorar a assistência à saúde de gestantes, parturientes e RN, de modo a contribuir para qualidade de vida e saúde desta população (LEAL, et al., 2014).

Mas aí que tá, tem estudo pra tudo, pra um monte de coisa, o que temos que ver é se tem evidência? Que tipo de estudo que foi? Foi um estudo de caso? (Enfermeira 6, GC).

[...] porque se estamos pensando em fazer um protocolo baseado em evidências, no que é melhor, então temos que ver, olhar se tem evidência ou não [...] Se você tem uma evidência que contradiz o uso desse instrumento, pra que utilizar? Então assim, temos que procurar evidências (Enfermeira 6, GC).

Nestes excertos, é possível identificar que as evidências científicas são consideradas importantes ferramentas para a condução da assistência ao parto e nascimento, não sendo considerado adequado a realização de ações e procedimentos não amparados pela literatura científica atual. Além da valorização da busca por evidências científicas, também percebe-se uma preocupação das enfermeiras com a qualidade delas. Nesse sentido, É preciso ressaltar a necessidade de avaliar criticamente as evidências científicas disponíveis, analisando desde a metodologia utilizada até as informações disponibilizadas pelos estudos, de modo a eleger evidências fortes e confiáveis.

O resultado da pesquisa realizada por Côrtes et al. (2015), ressalta a implementação de prática baseada em evidências científicas como algo positivo, pois melhora a prática dos profissionais e qualifica a assistência, de modo a implementar o cuidado humanizado, com a utilização de ações como a aplicação métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso de posição vertical e lateral durante o parto, etc.

Para Diniz (2005), basear a prática assistencial na literatura científica é uma prática que favorece o desencadeamento de mudanças nos modelos de atenção. Nesse sentido, desde a década de 1980 têm sido propostas formas para que ocorra essa transição do modelo de

assistência obstétrica, indicando o uso adequado de tecnologias e a assistência baseada em evidências científicas. Com destaque para a iniciativa da OMS (1996) que classifica as práticas obstétricas a partir de evidências científicas.

Porém, a simples utilização de evidências científicas não garante a qualificação e eficácia da assistência. Conforme Tsuji et al. (2010), é necessário um julgamento criterioso dos artigos e estudos publicados, uma vez que a velocidade da informação é muito grande, mas a qualidade da mesma não é proporcional.

Dessa forma, para a elaboração de protocolos é preciso elencar criteriosamente a melhor evidência científica disponível para a tomada de decisão e consensos do protocolo (PIMENTA et al., 2014). Para a seleção dessas evidências é necessário julgar criticamente os estudos utilizados de modo a ponderar sobre a literatura e metodologia utilizadas, os níveis de evidência, o grau de recomendação, as entidades que participaram da validação e a forma de validação (RIBEIRO, 2010).

Conforme Cruz e Pimenta (2005), a qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de usar uma informação em uma decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua eficácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão.

Na área da saúde e, especificadamente, na obstetrícia, há necessidade de atualização científica contínua, sendo publicados diariamente pesquisas e estudos que orientam constantes mudanças nas práticas assistenciais. Foi possível identificar esse movimento contínuo de atualização científica por parte das EO e a preocupação em prestar a assistência com base nessas atualizações, fato este potencializado pelo processo de elaboração do protocolo.

Está sendo... tudo produzido com muita velocidade, são cada vez mais artigos... está mudando muito rápido o cenário obstétrico. E essa oportunidade de sentarmos e expormos as evidências que a faculdade (grupo de pesquisadoras) nos forneceu, com revisão que foi feita [...] isso foi muito positivo, eu acho que contribuiu muito pra minha prática, pra eu rever as minhas práticas (Enfermeira 5, entrevista).

Barbosa (2010) aponta que, devido aos avanços tecnológicos e esforços ocorridos nas últimas décadas, é evidente o desafio dos profissionais da saúde frente às atualizações constantes. Para isso, é necessário decidir, de forma rápida e criteriosa quais artigos devem ser lidos, como estar suficientemente treinados para fazer uma análise crítica da literatura, sabendo reconhecer estudos com certo rigor científico, ou seja, publicações bem desenhadas e conduzidas, metodologicamente adequadas e com número de participantes consistente.

A realização dos GC possibilitou às enfermeiras o reconhecimento da necessidade de realizar atualizações constantes e o estabelecimento de relações entre a prática assistencial e as próprias evidências. O processo colaborativo de elaboração do protocolo pode ser visto como um momento ímpar para as enfermeiras repensarem suas práticas assistenciais, na perspectiva de fazerem uma ponte entre a teoria e a prática, ocorrendo, assim a convergência com a assistência.

De acordo com El Dib (2007), basear a prática assistencial em evidências científicas consiste em associar a utilização de provas científicas existentes, atuais e disponíveis com a sua aplicação na prática assistencial, sendo o elo entre pesquisa/teoria de qualidade e a prática assistencial. Para isso, é preciso considerar alguns itens: efetividade, eficiência, eficácia e segurança.

A efetividade diz respeito à avaliação positiva das práticas em condições do mundo real e do local onde serão desenvolvidas; a eficiência relaciona-se à adoção de práticas baratas e acessíveis; a eficácia está relacionada ao bom funcionamento das práticas e intervenções; e a segurança é a certeza de que a intervenção é confiável e não ocasionará efeitos indesejáveis aos usuários (EL DIB; ATALLAH, 2006).

Nesse sentido, o uso de evidências científicas requer dos profissionais estratégias para o desenvolvimento e utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e prática (PEDROLO et al., 2009). Assim, neste estudo, o processo de elaboração do protocolo, por meio da exposição das evidências e do estabelecimento dos consensos, surge como estratégia que favorece este elo de ligação.

6.2.1.2 O estabelecimento de consensos: efeitos dos passos de elaboração do protocolo

Durante os GC foi notória a preocupação das EO com a busca de evidências científicas atualizadas, porém, para além disso, houve um movimento de incorporação dos conhecimentos atualizados e dos consensos estabelecidos na própria prática. Pedrolo et al. (2009) salientam que, na prática assistencial da enfermagem os profissionais devem, constantemente, correlacionar os conhecimentos explícitos das pesquisas aos conhecimentos empíricos da prática assistencial no processo de avaliação crítica das evidências, isso implica na forma como a assistência é implementada, pois o cuidado empírico ainda fundamenta determinadas práticas de cuidar.

O protocolo foi elaborado a partir da definição de consensos baseados em evidências científicas qualificadas, definidos nas discussões do grupo, apresentando uma melhor visão sobre a questão em pauta e mais aplicável à realidade da unidade. Vale ressaltar que, os momentos de definição dos consensos e conformidade de opiniões foram fundamentais para que o protocolo fosse elaborado de forma exequível.

Para a elaboração de protocolos é imprescindível a incorporação de conceitos e definições sobre a assistência, de modo a alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade da atenção prestada aos usuários do serviço, uma vez que implica na cooperação entre os diversos profissionais por meio do desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Além das reflexões e consensos sobre as ações e decisões que constituíram o protocolo, havia também a preocupação em definir conceitos e consensos em torno das competências e atribuições das EO frente a assistência ao parto de risco habitual e ao compartilhamento da assistência com a equipe médica.

Nós estávamos comentando que seria bom na introdução estar colocando: “o que é o enfermeiro obstetra? O que ele pode? O que ele não pode?” (Enfermeira 1, GC).

Werneck; Faria e Campos (2009) afirmam que na elaboração de um protocolo, para uma instituição ou unidade de saúde, é necessário estar atento às especificidades profissionais e às interfaces dos vários componentes da equipe, que são aspectos importantes no processo de trabalho e, por isso, deverão ser contemplados.

Neste estudo, durante todo o processo de elaboração, por se tratar de um protocolo destinado à assistência de enfermagem aos partos de risco habitual, com certa frequência, houve a preocupação em construí-lo com base nas atribuições e competências das enfermeiras obstetras atuantes na unidade. Dessa forma, o processo decisório para o estabelecimento de consensos para a elaboração do protocolo se baseou também no aparato legal da enfermagem, buscando estar em consonância com a Lei do Exercício profissional da enfermagem, o Código de Ética da profissão e as normatizações e resoluções do Conselho Federal e Regional de Enfermagem e do Ministério da Saúde.

Werneck, Faria e Campos (2009) evidenciam que a prática dos profissionais da saúde deve se concretizar com base nas suas competências, o que também deve direcionar a construção de protocolos. Para esses autores, a prática em saúde deve se concretizar a partir dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, para obter informações

(do usuário, de exames complementares, das evidências e das vivências), avaliar as circunstâncias e tomar as decisões clínicas.

Estudos atuais evidenciam a importância do desenvolvimento de protocolos a partir das competências e dos princípios éticos e legais dos profissionais. Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) afirmam que o desenvolvimento das competências dos profissionais a partir de protocolos estabelecidos é fundamental, uma vez que a assistência amparada pelas competências é base de sustentação para uma atenção adequada e qualificada.

Conforme Pimenta et al. (2014), a construção de protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado.

No encontro em que foi discutida a prescrição de medicamentos pelas enfermeiras obstetras, houve apreensão quanto a prescrição de ocitocina sintética para a correção de distocias. Nesse encontro ficou clara a disparidade de opiniões entre os membros do grupo, porém, as decisões se basearam em normatizações e resoluções que amparam legalmente o exercício da enfermagem.

Isso tem na nossa legislação de que ele (o EO) pode corrigir distocia, se não corrigir aí passa a ser de alto risco (Enfermeira 1, GC).

Olha eu sou a favor disso aqui (prescrição de ocitocina pela EO), só que assim, precisa ter esse aparato, então precisa ter uma coisa muito bem escrita. A partir do momento que eu não uso (ocitocina) nem pra corrigir um parto disfuncional eu não posso usar no expulsivo, você tá me entendendo? (Enfermeira 6, GC).

Conforme Sampaio et al. (2014), a atuação da Enfermagem e da Enfermagem Obstétrica é regulamentada em lei e dispõe de uma farta legislação que embasa e delimita seu fazer profissional. O arcabouço legal que sustenta o exercício profissional da Enfermeira Obstetra provém da Constituição Federal, Lei 7.498 de 1986 e do Decreto 94.406 de 1987, que atribui legalidade para que esta profissional assuma responsabilidades cada vez maiores no cenário da atenção à gestação, ao parto e ao puerpério.

Todos os consensos realizados pelo grupo de enfermeiras como base as competências e responsabilidades legais perante a assistência ao parto na unidade de PPP. Neste sentido, a Lei nº 7.498 de 1986 respalda as EO a prestarem assistência à parturiente e ao parto normal de risco habitual, a identificação de distocias obstétricas, a tomada de providências até a chegada

do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

Durante os GC era nítida apreensão frente a definição de papéis e limites de atuação, o que está relacionado ao fato das EO compreenderem o protocolo como um instrumento que proporcionará amparo técnico para a realização de procedimentos e técnicas, além de reduzir as divergências entre o grupo de enfermeiras e demais profissionais da saúde.

O momento em que eu vou compartilhar, entendeu? Precisava dessa delimitação. Até que ponto você vai compartilhar? A conduta é deles (dos médicos), mas até que ponto somos nós. Tem que estar prescrito? Se temos que fazer alguma coisa? (Enfermeira 1, GC).

Em relação aos conflitos com a equipe de saúde, um estudo realizado com o objetivo de analisar a visão dos profissionais médicos sobre a atuação das enfermeiras obstetras no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE, evidenciou que existe uma dificuldade de aceitação do papel das EO pela equipe médica, que percebe a atuação destas como uma forma de enfrentamento no momento das tomadas de decisões, o que tem ocasionado situações conflitantes no trabalho em equipe. Isso se deve, principalmente, pelo desconhecimento da legislação que normatiza a atuação da enfermagem obstétrica por parte da equipe médica (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Nesse sentido, as EO consideram que após a implementação, o protocolo será um instrumento normativo que orientará os profissionais na realização de suas funções. Werneck, Faria e Campos (2009) declaram que os protocolos são referências para organização das ações das equipes das unidades e instituições, dessa forma, exige que sejam firmadas pactuações e divisões de tarefas e responsabilidades para a efetivação dos protocolos na prática assistencial.

Durante os GC foi evidente a inquietação do grupo em obter concordâncias em situações de divergência. Por exemplo, destaca-se o momento em que foram definidas as indicações clínicas para a realização da amniotomia, marcado por grande preocupação do grupo devido as divergências de opiniões, uma vez que algumas se mostravam favoráveis a realização do procedimento para correção de distocias funcionais do trabalho de parto e outras não.

Agora em relação a amniotomia eu não sei como vamos descrever isso, porque realmente as nossas opiniões são divergentes, entre nós e a equipe (médica) muito mais (Enfermeira 5, GC).

Porém, apesar do grupo apresentar opiniões opostas em relação a determinadas temáticas, comumente as decisões eram tomadas após considerarem os limites e opiniões

individuais de cada enfermeira, uma vez que algumas se mostravam mais experientes e seguras do que outras.

Werneck, Faria e Campos (2009) referem que esses momentos de divergência ocorrem em função de que as pessoas são diferentes, portanto, agem e têm percepções diversas sobre as mesmas situações clínicas/problemas. Consequentemente, podem divergir nos modos de pensar as soluções e implementá-las. Tudo isso, de alguma forma, relaciona-se com a inserção dos sujeitos no mundo, sendo o reflexo de suas histórias de vida, suas bagagens culturais e, portanto, seus valores, princípios e comportamentos. Nesse sentido, apesar de as EO e pesquisadoras possuírem diferentes formações e experiências profissionais, todas possuíam um objetivo em comum, a elaboração do protocolo, assim, embora houvesse conflitos sempre buscavam estabelecer os consensos.

Dessa forma, fica patente a necessidade de definição dos limites e possibilidades de exercício dos profissionais, pois isso irá determinar as dimensões das ações do grupo de enfermeiras. Compreende-se que se estes forem bem definidos pode-se proporcionar maior adequação da prática assistencial ao previsto para a humanização da assistência, além de ampliar os conhecimentos e dar maior expressão aos procedimentos.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009), protocolos são instrumentos dinâmicos que devem ser flexíveis, portanto, recomenda-se que sejam elaborados coletivamente e pactuados com os diversos profissionais e colaboradores das unidades de saúde. Logo, é imprescindível que os protocolos sejam construídos visando a sua implementação com vistas à produção de impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe.

No processo decisório para elaboração do protocolo, no qual cada profissional deve se responsabilizar pela escolha das tecnologias que serão recomendadas pelo protocolo, faz-se necessário que toda a equipe participe. Além disso, deve haver um equilíbrio entre os consensos estabelecidos a partir das evidências científicas e as especificidades de cada unidade de saúde, sendo sempre bom contar com as vivências e valores dos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Ao definir condutas, as enfermeiras buscavam adequá-las a realidade institucional. Tal fato foi observado no encontro realizado para a definição do modelo de partograma a ser adotado na unidade de PPP, quando foram elencados, a partir das evidências científicas atuais, os prós e os contras relativos a três modelos de partograma: o de Friedman, atual modelo adotado na unidade, o de CLAP, adotado pela maternidade de referência Sofia Feldman, e o de Zhang, que propõe uma nova curva para o partograma de Friedman, ampliando janelas de

tempo entre as fases. Após as discussões sobre as evidências científicas, as enfermeiras definiram em consenso que, não seria adequado adotar a curva de Zhang neste momento, uma vez que a mesma não foi validada para uso no Brasil até então, o que pressupõe sua não adaptação a realidade local.

Mas assim, eu penso que não dá pra adotar o de Zhang [...] Já pode descartar, porque está fora da nossa realidade (Enfermeira 4, GC).

Conforme Werneck, Faria e Campos (2009), considerar isso é essencial para a elaboração de protocolos, uma vez que a adoção de procedimentos e a incorporação de tecnologias, quando não adequados à realidade institucional, corroboram para o estabelecimento de processos de trabalho fragmentados e sem planejamento, não garante impactos positivos na saúde das pessoas, pode resultar em gastos desnecessários e significar um fator a mais de dependência na incorporação de equipamentos e insumos clínicos.

Ficou claro que as EO elencaram essas condutas visando a criação de um protocolo que seja realmente efetivado na assistência às mulheres em trabalho de parto e parto. No excerto a seguir, ao discutir sobre o peso limítrofe do conceito para classificação de alto risco, foi evidenciada a preocupação em desenvolver um protocolo que se efetive, e não “fique apenas no papel”:

E nós ainda estamos engatinhando [...] mas a questão de protocolo, não dá para mudar pra mais do que isso, por que senão vai virar papel, igual você disse, na prática não vai ficar, temos que discutir muito [...] (Enfermeira 5, GC).

Nesse sentido, Rocha et al. (2004) ratificam que, apesar da crescente utilização de protocolos para a condução da prática clínica, existe a necessidade de analisar o hiato entre a conduta preconizada pelo protocolo e o seu efetivo cumprimento. Isso é evidente no trabalho realizado por esses autores, com o objetivo de avaliar o efeito da implantação de um protocolo assistencial para atendimento à asma aguda no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no qual se concluiu que apesar da aplicação do protocolo assistencial ter obtido efeitos positivos, este não teve repercussão sobre o tratamento e desfechos.

Nesse contexto, para a efetivação de protocolos é necessária a utilização ambivalente entre as evidências científicas e a experiência clínica dos profissionais, sendo imperativo ambos para a tomada de decisão clínica. Mesmo que existam diversos ensaios refletindo sobre a efetividade de determinadas práticas assistenciais, por vezes, estes foram gerados em países

ou populações com características muito diversas e não podem ser aplicadas as realidades (WERNECK, FARIA; CAMPOS, 2009).

Associado a isso, durante os GC as EO buscavam, a todo momento, amparar suas decisões nas normas, protocolos e políticas já instituídos pelo MS e pela empresa gestora do hospital.

É essencial que os protocolos estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, diretrizes das secretarias de saúde do estado e do município e com outros protocolos de serviços já existentes, desta forma, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os voltados para a organização dos serviços de saúde devem ter sua elaboração amparada por diretrizes provenientes do SUS e por evidências científicas (WERNECK, FARIA; CAMPOS, 2009).

Mega et al. (2015), ao refletirem sobre o processo de desenvolvimento e qualificação dos protocolos clínicos no MS, afirmam que a elaboração e a efetivação de protocolos proporcionam a qualificação da atenção à saúde e a consecução dos princípios do SUS de universalidade e integralidade.

Eu acho assim, o hospital tem o compromisso com os protocolos do Ministério da Saúde [...] na definição deles, então é protocolo o Kanakion® e a ocitocina profilática ... com a prescrição dessas medicações, que já são protocolos do Ministério da Saúde podemos ficar menos dependente nos pós-partos (Enfermeira 5, GC).

No excerto é possível verificar que o estabelecimento de condutas para o protocolo foi baseado nas normatizações estabelecidas pelo MS, como o uso da Vitamina K1 no RN após o parto para prevenção e tratamento de diversas formas de hemorragias e a realização do manejo ativo do terceiro período do parto para a prevenção da hemorragia pós-parto, prevendo a administração de medicamentos uterotônicos para prevenção de atonia uterina.

É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, ou seja, diretrizes políticas, conformam-se como instrumentos não neutros, uma vez que devem seguir políticas estabelecidas e assim exercem marcada influência na construção do modelo de atenção, pois potencialmente podem contribuir para as mudanças necessárias e positivas ou para a perpetuação de modelos e processos de trabalho indesejáveis (WERNECK, FARIA; CAMPOS, 2009).

Outro ponto relevante é que, por se tratar de um hospital de ensino, algumas peculiaridades foram consideradas no momento de elaboração do protocolo, dentre elas o fato

de ser campo de estágio para discentes do curso de medicina, propiciar atendimento médico de maior complexidade e ser o hospital considerado referência para alto risco.

Ramos et al. (2015), realizando um estudo com o objetivo de analisar se a esfera administrativa, a natureza jurídica, o tipo de unidade e as atividades de ensino influenciam o desempenho da rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS, constataram que os hospitais de ensino possuem características próprias que costumam impactar no desempenho da assistência. Essas instituições apresentam maior número de profissionais e acadêmicos por leito/paciente e melhores desempenhos operacionais, além disso, estão associados a maior utilização de recursos humanos e de estrutura tecnológica de alta complexidade (RAMOS, et al., 2015).

Monticelli et al. (2010) em estudo que avaliou a filosofia assistencial da maternidade de um Hospital Universitário, sob a ótica dos acadêmicos, destacam que os hospitais universitários têm como foco o processo de formação, o que determina uma alta rotatividade de acadêmicos nos setores, contribuindo para a concretização de práticas desumanizadas e intervencionistas e dificuldades para o estabelecimento de vínculo entre os acadêmicos e os usuários.

A grande rotatividade de acadêmicos de medicina foi uma preocupação comumente relatada pelas EO. Considerando os esforços empreendidos na busca pela humanização da assistência oferecida às mulheres em trabalho de parto, a presença de aprendizes pode determinar o surgimento de questões adversas como a não garantia da privacidade e até mesmo o relacionamento paciente-profissional, tais como o estabelecimento de vínculo e o diálogo.

Além disso, alunos em processo de aprendizagem necessitam de tempo e dedicação dos profissionais atuantes na unidade, o que demanda maior realização de exames, procedimentos e intervenções, devido ao arraigado modelo tecnocrático hegemônico que embasa a assistência obstétrica de alguns profissionais que atuam na unidade e consequentemente no ensino. Tal fato também pode ser observado no estudo realizado por Goulart e Chiare (2010), no qual afirmam que o modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos ainda está fortemente enraizado nos hospitais de ensino.

Lembrando sempre que aqui é um hospital escola. Temos que ter em mente a questão do Ministério da Saúde, no que ainda está pautado o ensino do aluno em sala de aula, temos que estar sempre com isso fresco (Enfermeira 2, GC).

Desse modo, ao elaborar o protocolo houve a preocupação de prever a atuação de acadêmicos e residentes de medicina na unidade PPP, o que tornou necessário estabelecer a partir das aptidões desse grupo, suas atribuições na assistência ao parto e nascimento. Definiu-se ainda, que o acompanhamento do trabalho de parto por aprendizes, seria orientado e supervisionado pela equipe de enfermagem obstétrica, usando as boas práticas baseadas em evidências científicas como norte para a assistência.

Com esta nova proposta de preceptoria, acredita-se que os acadêmicos possam desassociar a assistência ao parto e nascimento de aspectos clínicos e procedimentais, uma vez que a enfermagem obstétrica busca o resgate ao parto como um evento natural, que não necessita de intervenções e procedimento de rotina e valoriza outros aspectos para além dos clínicos, durante a assistência às parturientes, puérperas e RN.

Machado e Kuchenbecker (2007) afirmam que os hospitais de ensino encontram-se estagnados frente à complexa articulação entre as políticas de ensino e saúde, desta forma, muitas vezes são incitados a oferecer respostas a problemas que muitas vezes transcendem sua capacidade. A integração entre o ensino e a assistência no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais em responder às demandas de saúde das populações. Para que seja possível caracterizar o papel dos hospitais universitários no contexto do ensino, é necessário compreendê-lo na perspectiva da organização dos serviços e sistemas, e sua capacidade de resposta às necessidades da população (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Apesar disso, Rego e Koifman (2007) apontam que os hospitais de ensino ainda incorporam a ideia de dissociação das ciências básicas, da ciência aplicada, assim, apenas no final da formação médica é oferecido um espaço de ensino prático, período em que os estudantes devem aprender a aplicar o conhecimento baseado na pesquisa aos problemas da prática cotidiana. Com isso, os acadêmicos e profissionais recém-formados mostram-se cada vez mais despreparados para atuarem frente a complexidade do SUS, que vem sendo caracterizado, principalmente, por apresentar formas de assistência inadequadas no que diz respeito à relação entre profissionais de saúde e usuários, e pouca capacidade de cuidar de pessoas e de coletividades (REGO; KOIFMAN, 2007).

Dessa forma, compreende-se que o uso de protocolos para embasar a assistência em um hospital de ensino conforma-se como imprescindível para essa articulação entre ensino e assistência, uma vez que, no âmbito deste estudo, trata-se de um instrumento construído com o intuito de organizar as práticas de saúde da unidade de PPP, com base nas necessidades da população. Além disso, com a implementação do protocolo pretende-se qualificar o cuidado

ali prestado, de modo que para além dos aspectos clínicos, sejam contemplados aspectos relacionais, fundamentando-se, para tanto, nos preceitos da humanização da assistência ao parto.

Goulart e Chiare (2010), ao refletirem sobre a atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da assistência à saúde, consideram que o processo de humanização não deve ser restrito a espaços assistenciais, mas sim, inserido na formação dos profissionais da saúde. É essencial que a formação acadêmica seja baseada nos princípios da humanização e que os alunos sejam protagonistas no processo de formação profissional, considerando além dos aspectos técnicos e históricos amplamente abordados nos projetos pedagógicos. Assim sendo, cabe aos professores e profissionais responsáveis pela formação da área, apropriar-se de tais conhecimentos e refletir sobre as possibilidades de trabalhar esses conceitos (GOULART; CHIARI, 2010).

Nesse sentido, acredita-se que a realização dos GC possibilitou a elaboração de um protocolo com base em consensos e conceitos estabelecidos pelo grupo de EO, sendo consideradas as atribuições e competências da enfermagem obstétrica frente a assistência ao parto de risco habitual, as vivências e valores de cada profissional envolvido com esses cuidados e o valor atribuído por estes. Além disso, buscou-se eleger evidências científicas que se adequassem às especificidades da realidade local, uma vez que se trata de um hospital de ensino, essencialmente público.

6.2.2 As expectativas em relação à prática assistencial: a busca por respaldo institucional e autonomia profissional

Esta categoria apresenta uma reflexão sobre a percepção das enfermeiras acerca do protocolo e as suas expectativas diante da sua implementação. Conforme Werneck, Faria e Campos (2009) os protocolos oferecem direcionamento aos cuidados prestados pelos profissionais, desse modo, podem ser considerados como ferramentas úteis para realização de mudanças através do embasamento dos profissionais para o exercício da crítica, melhorando o desempenho e a postura dos profissionais de forma a favorecer a realização de uma assistência mais qualificada.

O protocolo vai empoderar mais as enfermeiras, iremos nos nortear por uma coisa concreta e teremos autonomia para colocá-lo em prática, para discutir as condutas com a equipe médica, para estar tomando à frente para exercer o papel da enfermagem obstétrica de forma mais segura [...] Com a concretização do protocolo, o grande objetivo é melhorar a assistência, no

sentido de buscar a qualificação e humanização do cuidado (Enfermeira 4, entrevista).

Esperamos que o protocolo seja uma ferramenta que respalde a assistência de enfermagem às mulheres de forma mais efetiva, mais tranquila, sem tantas intervenções, baseado em evidências científicas [...] (Enfermeira 2, entrevista).

As EO reconhecem o protocolo como um instrumento que poderá promover transformações ao cuidado prestado na unidade de PPP, uma vez que implementado, oferece um direcionamento à prática assistencial dessas profissionais de forma a prestarem uma assistência mais humanizada, qualificada e amparada em estudos científicos.

Além disso, uma vez que os protocolos buscam direcionar a assistência, as EO retratam que estes devem contemplar aspectos relacionados com a prática assistencial ao parto de risco habitual, não se detendo apenas a procedimentos e técnicas, sendo estes baseados em evidências científicas e por normativas do MS, da OMS e da instituição.

Eu penso que com o protocolo, que é embasado em evidências científicas, e é baseado no Ministério da Saúde, na OMS e aprovado pelo hospital, vai auxiliar na aceitação das enfermeiras atuando na assistência ao parto, então, com o tempo, eles vão ter que estar aceitando que o enfermeiro pode tomar decisão, que o enfermeiro tem respaldo e autonomia para isso (Enfermeira 3, entrevista).

Conforme Felix (2009), os protocolos são instrumentos destinados a especificar atribuições e atividades dos profissionais da saúde, possibilitando que estes prestem uma assistência com responsabilidade, competência, respaldo e segurança, respeitando os preceitos éticos e legais.

Após a finalização do processo de elaboração do protocolo assistencial, iniciou-se um complexo processo para a sua implementação. Apesar de não estar institucionalmente implementado até o momento, devido a um processo burocratizado estabelecido pela própria instituição hospitalar, a prática assistencial diária das EO tem se concretizado em conformidade com os consensos estabelecidos durante a elaboração do protocolo, porém, em virtude do não reconhecimento do protocolo por parte de outras categorias profissionais, tem ocorrido conflitos entre os profissionais.

Do ponto de vista das EO, a implementação do protocolo promoverá a resolução de problemas atualmente vivenciados, ao favorecer a redução de conflitos e contribuir para o empoderamento das EO, visto que terão respaldo institucional oficial para sua atuação e a valorização das práticas realizadas pelas enfermeiras, assegurando sua autonomia profissional.

6.2.2.1 Anseio por alcançar: respaldo institucional; valorização da prática das EO e a autonomia profissional

As enfermeiras que participaram deste estudo demonstraram em suas falas que após o processo de elaboração, surgiram expectativas e anseios em relação à implementação do protocolo que foi concebido como uma ferramenta com potencial de prover às EO segurança e o respaldo legal e institucional que necessitam para o exercício de algumas práticas, além de subsidiar a assistência de enfermagem ao trabalho parto de parto e parto.

A maioria das coisas que o protocolo previa eu já realizava, a minha esperança é que com ele aprovado eu esteja respaldada na minha prática, porque agora eu não estou, não estou respaldada na minha prática, não estou! E isso é muito triste, entendeu? (Enfermeira 3, entrevista).

Eu acredito que vai melhorar, que vai dar um “tchan” que estava faltando, nós teremos uma coisa concreta pra nos respaldar e isso querendo ou não vai fortalecer mais ainda o nosso papel, nossa atuação ali né? (Enfermeira 4, entrevista).

Acredito que com o protocolo eu vou sentir que a minha prática está respaldada [...] como é um instrumento aprovado pela instituição, então vai nos dar uma segurança maior (Enfermeira 4, entrevista).

Destarte, é possível verificar que para as enfermeiras, o protocolo pode se concretizar como um instrumento que respalda a assistência de enfermagem da unidade de PPP, além disso, elas reconhecem que uma vez aprovado pela equipe gestora da instituição, a revisão dos processos de trabalho receberá respaldo institucional para que seja efetivada.

Pimenta et al. (2014) afirmam que os protocolos preveem uma maior apropriação sobre uma determinada situação clínica ou problema de saúde e permitem que os profissionais tenham respaldo sob suas ações.

Pesquisa realizada por Bohn et al. (2015) sobre a percepção de enfermeiros em relação à utilização de protocolo de classificação de risco, evidencia que este propicia o amparo legal para o desenvolvimento das atividades de classificação de risco, assegurando a ausência de conflitos com outros profissionais e com os usuários.

Para além, Peixoto e Brito (2015) referem o valor atribuído aos protocolos para garantir a segurança das práticas e afiançam que esse instrumento oferece respaldo aos profissionais, uma vez que podem ser utilizados em sua defesa diante de possíveis acusações ou processos legais.

As participantes desta pesquisa referem ainda, a valorização e legitimidade da prática do grupo de EO perante a implementação e o respaldo institucional proporcionado por esse

instrumento, considerando que a partir da implantação poderão conseguir “um maior espaço” para sua atuação.

É... depois que ele tiver realmente assinado eu acho que nós vamos conseguir um espaço maior aqui dentro, nós estamos em processo de conseguir espaço. Nós já conseguimos coisas que nenhuma outra instituição do município tem, que é a enfermeira obstetra atuando, mas ainda estamos atuando com muita restrição, ainda com resistência da equipe médica (Enfermeira 1, entrevista).

Atualmente, apesar de a enfermagem obstétrica ter o seu exercício profissional regulamentado e possuir uma farta legislação que delimita e respalda o seu fazer, alguns profissionais de outras categorias ainda questionam sua autonomia e respaldo para assumir responsabilidades na atenção à gestação, parto, puerpério e ao RN. Além disso, nos cenários de prática profissional, a atuação da enfermeira obstetra ainda é pouco expressiva, apontando para a pouca visibilidade e/ou participação na assistência ao período gravídico-puerperal (SAMPAIO, et al., 2014).

Nesse sentido, as EO acreditam que a partir da efetivação de um protocolo elaborado a partir das proposições do MS, da OMS e do aparato legal da enfermagem, a enfermagem obstétrica passará a ter mais visibilidade na assistência ao parto na instituição e no município, assistindo com maior autonomia.

As EO evidenciam que, apesar de o local de estudo ser a única instituição, no município, em que essa categoria profissional presta assistência direta ao parto de risco habitual, existem alguns problemas que precisam ser superados, como os embates entre as enfermeiras e os outros profissionais que atuam na unidade de PPP. Logo, a institucionalização do protocolo será fundamental para a redução de conflitos.

[...] estamos tendo conflitos com a equipe médica, ainda porque ele (o protocolo) não foi implantado para o conhecimento deles, entendeu? Cada um faz do seu jeito ainda, então temos aquele conflito com a outra equipe, da medicina, entendeu? Querem abrir partograma com 4 cm [...] querem romper bolsa em paciente de baixo risco, mesmo quando nós estamos assistindo (Enfermeira 2, entrevista).

Então, o que eu vejo da implementação é que assim [...] como ele (o protocolo) ainda não foi aprovado pelo hospital, ainda não se concretizou, então assim, houveram mudanças de condutas do grupo da enfermagem obstétricas, porém ainda não é uma coisa concretizada pra equipe inteira do PPP, então a gente ainda acaba tendo embates com alguns médicos, com outros profissionais (Enfermeira 4, entrevista).

No relato apresentado é possível verificar que apesar de o protocolo ter sido elaborado para nortear a assistência, na unidade de PPP, ainda existem fatores que implicam

negativamente na sua operacionalização. Pode-se dizer que naquela unidade o modelo assistencial que opera ainda está centralmente organizado a partir da ótica do modelo biomédico, que subordina a dimensão do cuidado, centrando a assistência principalmente na prática médica. Além disso, é nítido o subjugamento da prática de enfermagem, uma vez que não há o partilhamento decisório, mesmo na assistência aos partos de risco habitual.

Werneck, Faria e Campos (2009) afirmam que, no interior dos serviços de saúde os conflitos e as tensões entre os profissionais decorrem da hierarquia e/ou em função da atuação de diferentes profissionais com interesses e inserções diversos em relação às decisões gerenciais. Nesse sentido, os protocolos auxiliam na atenuação de conflitos, uma vez que conduzem o processo de trabalho.

Aquino e Filho (2004) referem que o condicionamento da enfermagem frente à prescrição de outra categoria profissional e os conflitos existentes entre essas categorias profissionais traduzem uma crise de identidade profissional, sendo necessária a construção de novos conhecimentos que assegurem a independência e a autonomia para a enfermagem.

Nesse sentido, o estudo realizado por Peixoto e Brito (2015) com o objetivo de analisar as relações interprofissionais, tomando como referência o dispositivo protocolo clínico na terapia intensiva pediátrica, evidencia que os protocolos são fundamentais para a legitimação das práticas profissionais e lhes confere valor diante de conflitos e disputas de poder, fortalecendo os profissionais em suas decisões terapêuticas, o que se traduz em qualificação assistencial para os profissionais.

Dessa forma, as participantes acreditam que a implementação do protocolo irá favorecer a autonomia das EO e, conseqüentemente, proporcionar ao usuário uma atenção qualificada. Assim, o protocolo deverá embasar a prática profissional das EO promovendo sua autonomia e poder decisório.

Porque como eu falei pra você, quando eu penso nele (o protocolo) eu penso que vai ser um instrumento que vai garantir a autonomia e vai validar o meu trabalho, que hoje não é validado (Enfermeira 3, entrevista).

[...] tendo um instrumento em mãos, quando qualquer um quiser questionar qualquer coisa a gente vai lá: “Tá aqui, vamos discutir? Vamos ver o que que dá pra ser feito? Como que é melhor?”... Eu acredito que vai ser uma grande contribuição, e nós também vamos estar mais soltas né? Para poder atuar, fazer prescrição, ter mais autonomia (Enfermeira 6, entrevista).

A autonomia profissional é um importante tema que circunda o processo de evolução da enfermagem, tanto na definição de seus desafios e objetivos quanto na forma como os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipe de saúde e para a sociedade. Essa

autonomia, compreendida como liberdade, independência e bom senso, torna o profissional capaz de tomar decisões e realizar tarefas que possibilitem alcançar resultados satisfatórios no seu trabalho, porém, sempre agindo dentro dos limites de sua competência e conhecimento sobre determinado assunto (MONTEIRO, et al., 2011).

Paes (2011) considera que a autonomia é algo gerado a partir de um cuidado legítimo. Esta legitimidade deriva da autenticidade do enfermeiro na sua prática clínica. Dessa modo, o enfermeiro reúne elementos que configuram uma prática profissional com amplos espaços e autonomia, uma vez que detém da totalidade das informações relativas ao paciente, além de ser responsável pela organização do ambiente do cuidado (PAES, 2011).

Para Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) a autonomia dos profissionais de enfermagem vai para além da tomada de decisão sobre as suas ações, visto que esses profissionais devem possuir uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso social com o que realmente conhecem e dominam.

Brum et al. (2015), em pesquisa que objetivou identificar a utilização de protocolos no cuidado aos usuários com feridas crônicas por enfermeiros e se esses profissionais os consideram como instrumentos de promoção da autonomia profissional, revelaram que para aqueles enfermeiros, os protocolos definem os meios de atuar da equipe multiprofissional e facilitam a elaboração de um plano de ação. Além disso, são vistos como instrumentos que oferecem estratégias que conferem maior autonomia, oportunizam a organização do serviço e a sistematização da assistência.

Bessa (2015), objetivando elaborar um protocolo de intervenções de enfermagem para idosos vulneráveis a desenvolverem condições que acarretem em incapacidades, direcionado para os enfermeiros atuantes na atenção básica, concluiu que o desenvolvimento do protocolo contribuiu positivamente para a atuação na prática clínica da enfermagem, uma vez que permite ao enfermeiro atuar com maior autonomia profissional.

É preciso ressaltar que conquistar autonomia é algo complexo, pois o simples fato de utilizar um protocolo para embasar a assistência não garante conquistá-la. A autonomia é sempre relativa, porque é construída no âmbito de diferentes relações que não são lineares, uma vez que envolvem pessoas, instituições e as variáveis cotidianas (PAES, 2011).

Assim sendo, para a efetivação de protocolos é necessário encontrar um equilíbrio entre autonomia, no sentido de o profissional refletir e pensar, e a uniformidade das práticas propostas pelos protocolos, no contexto da lógica organizacional que, eventualmente, proponha a pura reprodução de práticas. O desenvolvimento da autonomia no exercício da

prática profissional requer que a elaboração e a implementação de protocolos ocorram a partir de abordagens flexíveis, que promovam a necessária participação conjunta (PAES, 2011).

Os protocolos devem ser utilizados como guias para a adoção da conduta mais adequada/apropriada a cada usuário, sendo que esta deve decorrer de sua autonomia profissional, a qual sempre deve ser preservada. Considera-se que os protocolos auxiliam a prática dos profissionais de saúde, mas não substituem os seus conhecimentos e habilidades. Também são considerados ferramentas a serem utilizadas para o gerenciamento do cuidado, pois trazem, em sua formulação, etapas processuais do saber agir de enfermagem, contribuindo para a legitimidade e autonomia profissional (PAES, 2011).

A simples implementação do protocolo na unidade de PPP não pode garantir, instantaneamente, a efetivação da autonomia das EO, no entanto, servirá como um amparo institucional para assegurar a realização das práticas assistenciais, auxiliando na efetivação da assistência em conformidade com as competências de cada profissional, contribuindo para o exercício do poder decisório e proporcionando autonomia para a adoção de estratégias associadas ao raciocínio clínico.

A partir dos relatos pode-se constatar que o processo de elaboração e a ânsia por sua implementação geraram inúmeras contribuições para a assistência prestada pelas EO na unidade de PPP, tais como o nivelamento da assistência e a coesão do grupo de EO. Porém, elas acreditam que outras contribuições poderão advir da efetiva implementação do protocolo, uma vez que Este pode ser um instrumento que auxiliará as EO a buscarem alternativas para a superação do modelo biomédico e adoção de estratégias mais humanizadas.

6.2.2.2 Processo de Implementação: inconsciente, parcial e burocratizado

Atualmente, o protocolo assistencial, elaborado a partir deste estudo, está em processo de aprovação para que ocorra sua efetiva implementação institucional. No entanto, foi possível constatar que, de forma quase que automatizada, as EO já o operacionalizam na unidade.

Durante a observação participante, por inúmeras vezes, notou-se que as EO e a equipe de enfermagem vêm implementando suas ações assistenciais com base nos consensos estabelecidos no protocolo, mesmo ainda não tendo ocorrido, oficialmente, a sua implementação.

Werneck, Faria e Campos (2009) referem que os protocolos são importantes para o enfrentamento de diversos problemas, tanto assistenciais quanto organizacionais, por serem

muito úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde, como pode ser evidenciado no excerto que segue, no qual fica patente a influência do processo de elaboração do protocolo na instrumentalização e organização do processo de trabalho das EO, garantindo uma assistência baseada em evidências científicas e ancorada na segurança do paciente e na humanização da assistência.

Durante toda a condução do trabalho de parto e parto realizada pela enfermeira, pude observar que grande parte das suas condutas foram baseadas nos consensos estabelecidos no protocolo. Desde o momento da internação, no qual a mulher foi acolhida e teve a oportunidade de escolher o seu acompanhante, durante o trabalho de parto conduzido com base no preenchimento correto do partograma, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, e no período expulsivo quando ocorreram puxos espontâneos, e a mulher pode escolher a posição de sua preferência para o parto, entre outros. Porém, logo após o nascimento, a equipe médica retirou o RN que havia sido colocado em contato pele-a-pele com a mãe (onde permaneceu por alguns minutos) (Relato de observação 17/08/2016).

Atualmente, existem inúmeros estudos que relatam o processo de organização dos serviços de saúde a partir da implementação de protocolos. A pesquisa de Selhorst, Bub e Girondi (2014) que teve como finalidade a construção de um protocolo para o acolhimento e atendimento dos usuários submetidos à Endoscopia Digestiva Alta e seus acompanhantes, ressalta que o protocolo elaborado para nortear as ações do enfermeiro e da equipe de enfermagem atuantes no setor propiciou a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem, garantindo a segurança do usuário.

No estudo realizado por Paes (2011), a autora afirma que os protocolos são ferramentas facilitadoras da assistência de enfermagem como tecnologia aplicada ao gerenciamento do cuidado de enfermagem. A aprovação e o reconhecimento das instituições da responsabilização dos profissionais e das equipes, com o uso de ferramentas legítimas e instrumentos formais, gerados a partir de demandas do “saber-agir”, podem redesenhar o modo de trabalho no conjunto dos serviços de saúde e superar a hegemonia de uma profissão sobre a outra (PAES, 2011).

Durante as entrevistas, ao serem questionadas sobre os significados atribuídos ao processo de implementação do protocolo, foi possível identificar que algumas enfermeiras apenas relataram que o protocolo não havia sido implementado, porém, outras demonstraram insatisfação devido à morosidade e burocratização do processo.

[...]eu vejo que tem sido deixada em segundo plano a aprovação desse protocolo, não vejo ele como uma prioridade do departamento sabe? Percebe que não se tem pressa, eu acredito que isso está me desmotivando...

fica postergando algo que é tão simples né? Algo que foi construído de uma forma tão... Só de ter sido em parceria com a universidade era pra ele ter um peso diferenciado, então essa questão de ficar postergando a aprovação de protocolo que não tem nada que seja radical [...] (Enfermeira 5, entrevista).

Muito demorado, o protocolo nosso foi o primeiro a ser entregue para avaliação, agora está lá pra área de saúde da mulher, pro departamento de saúde da mulher ler e aprovar [...] isso está fazendo com que todo o nosso esforço de elaborar esse protocolo, porque ano passado terminamos de fazer as reuniões e ainda não foi aprovado [...] (Enfermeira 3, entrevista).

Werneck, Faria e Campos (2009) afirmam que a utilização de protocolos constitui uma importante estratégia para a organização das ações de saúde e requer reforços conjuntos entre gestores e profissionais para que seu emprego seja adequado às necessidades do serviço, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas, a implementação de ações e sua constante avaliação, de modo que modifique o processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Neste sentido, ficou clara a inexistência do movimento de integração entre equipe de gestores e de profissionais para a implementação do protocolo na unidade em estudo. A falas das EO demonstram a desmotivação e frustração das enfermeiras frente ao processo de implementação.

Percebe-se que há grandes expectativas em relação à aprovação e implementação do protocolo assistencial ao parto de risco habitual na unidade de PPP, uma vez que as enfermeiras consideram que este, potencialmente, pode proporcionar maior autonomia e respaldo institucional para elas durante o exercício da assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério. Porém, em virtude da morosidade desse processo, percebe-se grande insatisfação e frustrações, visto que se trata de um projeto desenvolvido pelo coletivo e muito almejado, no sentido de qualificar a assistência ali prestada.

6.2.3 A humanização da assistência ao parto: contribuições do processo de convergência

Esta categoria realiza uma reflexão sobre as práticas assistenciais prestadas na unidade de PPP após os processos de elaboração do protocolo assistencial, assim como suas contribuições/influências na assistência.

Durante o período de observação participante foi possível identificar inúmeras mudanças ocorridas na forma de prestar atendimento ao parto e nascimento na unidade de PPP, situações estas em que o processo de elaboração do protocolo assistencial influenciou na tomada de decisões das enfermeiras, apesar de ainda não estar oficialmente implementado.

A efetivação do protocolo foi identificada nas práticas cotidianas das enfermeiras obstetras no PPP e frequentemente observada em suas falas, que expressavam preocupação em implementá-lo através da realização de práticas orientadas pelos consensos estabelecidos, com vistas à oferecer um cuidado humanizado e qualificado.

O nosso comprometimento acaba sendo maior com aquilo que foi acordado na construção do protocolo ... mesmo que durante a construção eu me descobri fazendo coisas diferentes do que era proposto como baseado em evidência, a tendência agora é que eu me adapte né? Então, se eu estava agindo em alguns aspectos, se algumas condutas minhas diferiam do que as evidência afirmam, então acho que independente do protocolo ser aprovado ou não, para o meu crescimento profissional eu já venho adaptando isso, eu já venho buscando mudar essas condutas né? E positivamente me reforçou aquelas que eu já sabia que eram adequadas (Enfermeira 5, entrevista).

Só com o fato da gente ter participado dos encontros para elaboração do protocolo, de ver as evidências científicas, algumas coisas que nós não fazíamos como por exemplo, a abertura de partograma já conseguimos fazer, outras práticas já estavam sendo realizadas, como a não realização de episiotomia e da manobra de Kristeller, o uso das práticas não farmacológicas de alívio de dor, essas coisas já fazíamos, mas algumas coisas precisamos realmente mudar as condutas, e é preciso esse protocolo realmente aprovado para poder estar implantando isso (Enfermeira 1, entrevista).

Conforme as EO, o processo de elaboração do protocolo contribuiu para modificações das práticas implementadas pela equipe de enfermagem na unidade de PPP e do processo de trabalho, de modo que estes fossem realizados conforme os consensos estabelecidos nos GC, baseados em evidências científicas atuais, além disso, a partir do processo colaborativo de elaboração foi possível consolidar práticas que já eram realizadas de forma qualificada e humanizada.

Portanto, para a concretização de uma assistência humanizada e segura é preciso adotar novas formas de organização da estrutura, novos processos de trabalho e uma prática assistencial diferenciada e qualificada, no qual são consideradas as particularidades e complexidades dos indivíduos que procuram os serviços de saúde (SELHORST; BUB; GIRONDI, 2014). Assim, a implementação de um protocolo pode orientar a assistência às mulheres que vivenciam a parturição e o puerpério de modo a prestar um cuidado integral, centrado nas necessidades de saúde das mulheres e com o uso racional e adequado das tecnologias em saúde.

Então, acredito que o grande X, o grande objetivo, do protocolo é justamente a qualificação da assistência buscando a humanização do cuidado obstétrico ali dentro, então, quanto mais nós trabalharmos com

evidências científicas, com intervenções somente quando for necessário, então nós iremos estar no caminho da humanização, de valorizar o processo como fisiológico, de não tomar condutas que não tenham indicações clínicas. Eu acredito que o objetivo maior, nós discutimos muito “o que fazer, o que não fazer, o que tá certo o que tá errado” é justamente visando a qualidade da assistência e a humanização do cuidado, pra que tenhamos maior satisfação das nossas parturientes, crianças nascendo de forma mais saudável, mães com menos complicações, então eu acho que é isso né? A concretização do protocolo, o grande objetivo eu acho que é justamente isso, melhorar a assistência, nesse sentido de buscar a humanização do cuidado (Enfermeira 4, entrevista).

[...]é uma experiência única para mulher, não interessa quantos partos ela já tenha tido e possa vir a ter, mas é uma experiência única, um momento único, ímpar, e nós queremos que esse momento seja respeitado, sabemos da importância dele e queremos que esse momento seja respeitado, que não sejam realizadas práticas que muitas vezes que não tem evidências e que nós sabemos que só vai piorar o resultado (Enfermeira 6, entrevista).

O discurso apresentado confirma a percepção das enfermeiras de que o protocolo proporcionará a humanização e qualificação da assistência na unidade de PPP. Demonstra que esse movimento de ancorar a prática assistencial nas evidências científicas fortes e atuais favorece a não utilização de condutas intervencionistas de forma inadequada e a valorização do parto como um processo natural e fisiológico.

Paes (2011) afirma que, na assistência à saúde os profissionais devem conciliar o uso de tecnologias e protocolos com a humanização, visando rever a postura tecnicista da assistência, não agindo com automatismo e sempre lembrando que para além do procedimento técnico existe um ser humano. Assim, na sagacidade do procedimento técnico é necessário promover a valorização dos aspectos relacionais entre profissionais e usuários.

No presente estudo ficou evidente que as EO percebem a humanização da assistência ao parto e nascimento como um movimento que busca a mudança de compreensão do parto como um evento medicalizado e sujeito a intervenções, para a ampliação do conceito, ao conceber esse momento com o respeito necessário aos direitos da mulher, do RN e de seus acompanhantes.

Porém, é sabido que para que a humanização do parto se concretize, os profissionais responsáveis pela assistência devem estar convencidos da necessidade de mudanças em suas práticas assistenciais como forma de melhorar a qualidade da assistência. Assim, o protocolo assistencial da unidade de PPP surge como uma ferramenta para efetivação dessas mudanças.

Ayres (2005), a partir de uma perspectiva filosófica, define humanização como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores

contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum.

Nesse sentido, para que ocorram modificações no atual modelo de atenção na busca da humanização, é necessário um deslocamento da referência restrita à normalidade morfofuncional, própria do modelo biomédico, em direção à ideia de felicidade, sem abrir mão da referência biomédica, articulando a assistência, de um modo mais imediato a outras dimensões e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença (AYRES, 2006).

Dessa forma, compreende-se que o embasamento das práticas, a partir de conteúdos estritamente tecnocientíficos, caracterizada por critérios bem definidos e validados, com alto grau de objetivação e formalização sobre o que devem fazer e como fazer, quais formas e funções devem ser preservadas, favorecidas ou controladas no manejo biomédico dos organismos, apesar de relevantes, são critérios insuficientes para a assistência à saúde. A assistência humanizada requer a expansão do diálogo sobre as preocupações relativas às práticas de saúde, desde seu núcleo mais prático e instrumental até o seu conteúdo relacional e formativo (AYRES, 2006).

Nesse sentido, Ayres (2006; 2007) apresenta duas esferas entre as quais circula a racionalidade que move as ações em saúde: êxito técnico e sucesso prático. O êxito técnico diz respeito ao uso de técnicas e equipamentos para prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais, sendo esta a dimensão instrumental da ação, como o uso de um medicamento vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente.

No que diz respeito ao sucesso prático, trata-se de um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de “felicidade” para as pessoas nos seus cotidianos, sendo o sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações, por exemplo: o significado atribuído na vida de um usuário ou população a identidade de hipertenso (AYRES, 2006; 2007).

Nesse sentido, Schraiber (2011) faz uma crítica ao uso de protocolos cada vez mais padronizados da ação, por resumirem-se em uma técnica de instruções do como proceder, retirando-lhe a potência reflexiva, o que possibilita apenas alcançar o êxito técnico.

Assim sendo, considera-se que a simples utilização de protocolos não garante a efetivação de uma prática humanizada, uma vez que muitos protocolos focam exclusivamente os saberes da biomedicina. O sucesso prático dessa ferramenta depende grandemente da valorização da intersubjetividade na assistência e das relações entre usuários e profissionais, lembrando que a assistência não pode ser estabelecida sem que o sujeito do cuidado seja

ouvido, de forma a valorizar suas necessidades expressas, visto que dessa maneira o resultado da intervenção proposta faz sentido em sua vida cotidiana (SATO, 2014).

Nesse contexto, com vistas à compreensão do processo, faz-se necessário caracterizar a assistência prestada na unidade de PPP nas diferentes etapas do processo de trabalho de parto e parto, com a finalidade de elencar as práticas ali realizadas em consonância com o protocolo assistencial elaborado para os partos de risco habitual e identificar as influências do protocolo para a humanização da assistência.

6.2.3.1 O acolhimento

Através da realização de entrevistas e da observação participante na unidade de PPP foi possível reconhecer como é prestada a assistência. Dentre os aspectos apontados pelas EO que haviam sido modificados em decorrência do processo de elaboração, a classificação e avaliação de risco foi uma dessas práticas.

Durante a admissão e no acompanhamento do trabalho de parto era realizada a avaliação do risco. Em vários momentos, verificou-se as enfermeiras discutindo com a equipe médica a classificação do risco das parturientes.

[...] agora a gente começou a colocar no livro o que é, e começamos a classificar, porque antes não era nem classificado, o que era de alto risco e o que era de baixo risco, começamos agora (Enfermeira 1, entrevista).

No posto de enfermagem é possível escutar que a EO está discutindo com uma residente e um interno sobre os critérios para a classificação de risco da gestante (Relato de observação 26/08/2016).

Conforme a Portaria nº 1.459 de 2011, os serviços de saúde devem garantir às gestantes e parturientes a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica (BRASIL, 2011a). Conforme a fala das EO, após o processo de elaboração do protocolo, iniciou-se a prática da classificação de risco na unidade, prática esta vista como essencial, uma vez que cabe à EO à assistência aos partos classificados como de risco habitual. Tal classificação requer a reavaliação periódica da gestante para assegurar que haja inserção de profissionais médicos na assistência, caso ocorra mudança do *status* de risco durante o período de internação.

A produção de ações de cuidado, no cotidiano dos serviços de saúde, é caracterizada por um conjunto de relações entre profissionais e usuários cujo objetivo é a inclusão, que se concretiza por meio do respeito e da preocupação dos profissionais em escutar, perceber,

apreende e conhecer a subjetividade dos usuários. Significa, também, preocupar-se com os saberes e tecnologias a serem utilizadas. Dessa forma, é possível afirmar que o cuidado propicia a realização de ações que incluem o acolhimento, a aproximação atenta dos valores, das percepções e dos comportamentos do usuário diante de problemas e situações de saúde que acontecem em sua vida (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Além da classificação de risco, o acolhimento, o apoio empático e a presença do acompanhante foram práticas observadas/realizadas na unidade de PPP. Conforme as EO, tratam-se de práticas comumente realizadas pela equipe de enfermagem desde a criação da unidade de PPP, e foram reafirmadas com o processo de elaboração do protocolo.

No trabalho em saúde, o acolhimento pode ser considerado um dispositivo de intervenção que possibilita analisar e organizar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança das relações entre profissionais e destes com os usuários por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009c).

Na unidade de PPP, algumas das EO reconhecem a necessidade de empregar medidas acolhedoras em sua prática assistencial e de apoio empático a mulher para iniciar o estabelecimento de vínculo e confiança entre ambos.

Uma parturiente entra na unidade acompanhada por um acadêmico de medicina, a EO acompanha a mulher até o seu leito e de forma bastante empática se apresenta [...] Chamando-a pelo nome, orienta a mesma sobre o trabalho de parto e parto e sobre as rotinas da unidade, a mulher demonstra estar bastante à vontade e segura, ela começa a expor seus medos, preocupações e compartilhar com a EO experiências da última gestação (Relato de observação 11/08/2016).

O HumanaSUS define o acolhimento no campo da saúde como uma diretriz ético-estético-política constitutiva dos modos de se produzir saúde. Ético no sentido de reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida; estético no que diz respeito à invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver; e política porque implica no compromisso coletivo de se envolver, no sentido de “estar com” ou “próximo de”, potencializando protagonismos nos diferentes encontros. O acolhimento é visto como uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009c).

Trata-se de um dispositivo que promove a humanização, que busca favorecer a construção de relações de confiança e de compromisso entre as equipes e os serviços,

possibilitando avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2009c). O acolhimento permite o empoderamento dos sujeitos e a valorização das suas subjetividades, sendo essas condições fundamentais para a oferta de um cuidado integral na relação entre profissionais e usuários (FIGUEIREDO et al., 2015).

Em relação à assistência ao período gravídico-puerperal, a Rede Cegonha tem como um dos seus objetivos garantir o acesso, acolhimento e resolatividade, em todos os níveis de atenção, assim como realizar o acolhimento e a classificação de risco nos serviços de pré-natal e atenção obstétrica (BRASIL, 2011a).

Santos et al. (2011a) analisando o relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes, em um centro obstétrico do interior da Bahia, salientam a necessidade de adoção de ações que visam o acolhimento às mulheres no momento da parturição, uma vez que o emprego de medidas acolhedoras é um aspecto importante e essencial para a humanização e favorece o protagonismo da mulher diante do momento da parturição.

Rebello e Rodrigues (2012) referem que, frente a discussão acerca da humanização da assistência ao parto, o acolhimento está relacionado ao diálogo, ao direito à informação, à participação ativa da parturiente, a melhora na relação profissional-paciente e com a assistência integral.

Milbrath et al. (2010), objetivando conhecer as vivências maternas sobre a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto, evidenciaram que as mulheres participantes do estudo se sentiram acolhidas por profissionais competentes e humanizados e consideraram que o diálogo e o apoio emocional ampararam as mulheres no momento da parturição, visto que estas sentiram-se mais seguras, o que auxiliou na redução dos seus medos e anseios. Dessa forma, o diálogo passa a ser mais que uma simples ação isolada de passagem de informação e passa a configurar-se como um ato de cuidador.

Durante as observações, em inúmeras situações, as enfermeiras mantiveram-se presentes ao lado das parturientes, oferecendo apoio, conforme evidenciado no trecho do Relato de observação:

[...] percebo que ela está com semblante abatido, parece estar muito cansada. Logo que deita no leito fecha os olhos. A todo o momento que ela estava no leito a enfermeira ficou ao seu lado, oferecendo apoio à mulher, e em determinado momento oferece líquidos para parturiente (Relato de observação 03/08/2016).

[...] A enfermeira se aproxima e calmamente começa a conversar com a mulher, tentando acalmá-la [...] no momento do expulsivo observo que a parturiente permanece de mãos dadas com a enfermeira, esta por sua vez, em

um calmo e afável tom de voz, diz palavras de motivação para a parturiente e lhe faz algumas orientações após as contrações (Relato de observação 11/08/2017).

Em inúmeros momentos, foi possível identificar as enfermeiras oferecendo apoio às parturientes frente à vivência de dores, angústias e o medo, ficando perceptível que as EO reconhecem a necessidade de empregar medidas acolhedoras em suas práticas, de modo a atender tanto às necessidades biológicas/físicas quanto às emocionais dessas mulheres.

Silva e Siqueira (2007), refletindo sobre a influência da dimensão relacional na qualidade da assistência ao parto, ressaltam que nos momentos de medo, dor e tensão o espaço relacional configurou-se não apenas como oportunidade para dirigir as demandas de alívio ou remissão da dor e sofrimento, mas também, como um espaço de interlocução marcada pela escuta e pelo diálogo. Desse modo, a vivência relacional e o processo comunicacional podem produzir atos capazes de ter efeitos favoráveis sobre as vivências das parturientes.

Para Santos et al. (2011a), o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e parturientes fortalece os sentimentos positivos que tranquilizam a parturientes. Diante da vulnerabilidade emocional da mulher no processo parturitivo, no qual comumente é exposta a uma assistência marcada pelo tecnicismos, distanciada do calor e do afeto, a simples presença de um profissional ao seu lado é considerada importante.

A revisão sistemática realizada por Hodnett (2013), com o objetivo de avaliar os efeitos do apoio emocional contínuo durante o trabalho de parto em comparação com a assistencial habitual, concluiu que o apoio contínuo gera benefícios clínicos significativos para as mulheres e seus bebês, sem provocar nenhum dano evidente. Dentre as vantagens demonstradas, vale destacar: a menor probabilidade de receber analgesia e de se sentirem insatisfeitas, e a redução da duração do trabalho de parto. Esse autor aconselha a realização desse apoio às mulheres e recomenda o incentivo a escolha do acompanhante de sua preferência para acompanhá-las no processo de parturição.

Diante das observações foi possível constatar que durante o trabalho de parto e parto, a equipe permitia rotineiramente a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o processo de nascimento.

Ao chegar na unidade observo que todas as mulheres estão com seus acompanhantes ao lado. Desde o início das observações não presenciei nenhuma situação em que não foi permitida a presença de um acompanhante (Relato de observação 05/08/2016).

Atualmente, o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher é garantido por dispositivos legais como a Portaria nº 1.067 de 2005 e pela própria Rede Cegonha. Esses dispositivos ampliam e asseguram o direito das parturientes conseguirem compartilhar o momento do parto com seu companheiro, membro da família, amigo(a) ou pessoa que lhe ofereça segurança, independente do sexo (BRASIL, 2005b).

Apesar de a presença do acompanhante fazer parte de uma política oficial do MS, ao contrário do que é observado atualmente no hospital em estudo, muitas mulheres não têm este direito implementado em outros hospitais. Diniz et al. (2014), a partir dos dados da pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, referem que mais da metade das mulheres do estudo não tiveram o direito a um acompanhante de sua escolha assegurado, ou o tiveram por curtos períodos. As que tiveram o acompanhante durante todo o processo de parturição relataram que a presença foi muito útil e contribuiu para tornar o momento do nascimento uma experiência melhor e mais calma.

D’Orsi et al. (2014) no estudo realizado com dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, que teve como objetivo identificar fatores associados à avaliação das mulheres quanto à relação profissionais de saúde/parturiente e como esses fatores influenciam na satisfação com o atendimento ao parto, evidenciaram que as mulheres que tiveram acompanhantes relataram maior satisfação. Além disso, conforme os autores, a presença de um acompanhante também está associada, significativamente, à percepção de menor tempo de espera no atendimento, maior privacidade, melhor relacionamento com os profissionais, por meio de um tratamento mais respeitoso e comunicativo, com maior clareza de explicação e possibilidade de fazer perguntas.

Longo, Andraus e Barbosa (2010), ao refletirem sobre a participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, e sua interface com a equipe de saúde, afirmam que o acompanhante pode se configurar como mais do que uma simples presença caso seja permitida a sua participação ativa durante o processo. Para que isso ocorra, ele deve deixar de ser considerado mero fiscalizador da assistência para assumir o *status* de provedor do suporte à parturiente.

Na pesquisa realizada por Souza e Gualda (2016), que teve por objetivo conhecer a experiência de mulheres e de seus acompanhantes no processo de parto, os resultados destacam as seguintes ações desempenhadas pelos acompanhantes: transmitir calma, estar presente, encorajar e transmitir força, além de oferecer apoio físico e emocional durante o trabalho de parto. Apesar disso, as autoras chamam a atenção para algumas dificuldades

enfrentadas diante da presença do acompanhante, destacando-se problemas relacionados a aspectos organizacionais e comportamentais de alguns profissionais.

Na unidade de PPP, apesar de não haver espaço físico e estrutura apropriados para acomodar os acompanhantes, ao serem admitidos, todas as mulheres eram informadas sobre o direito de ter um acompanhante de sua preferência. Longo, Andraus e Barbosa (2010) consideram que são necessárias adequações nas estruturas físicas e ambientais das instituições de saúde e à qualificação dos profissionais para realização do acolhimento dos acompanhantes para a efetivação de sua participação. Acredita-se que apesar de a estrutura física influenciar significativamente na presença do acompanhante, esta prática proporciona inúmeros benefícios para as mulheres, tanto de ordem emocional quanto de ordem física.

Neste estudo, é perceptível que, constantemente, as EO buscavam adotar medidas acolhedoras de modo a prestar uma assistência integral e humanizada para as parturientes e seus acompanhantes. Porém, em determinados momentos, alguns profissionais realizavam o acolhimento de maneira discreta, sendo sua ocorrência mais evidente naqueles casos em que a gestante demonstrou grande ansiedade e estresse. Além disso, por vezes, o estabelecimento do diálogo se restringia a aspectos biomédicos.

Isso denota que, em alguns momentos, o olhar das enfermeiras centrava-se principalmente nos aspectos biomédicos da assistência, e não nos problemas/necessidades da mulher de maneira ampliada e em seus sentimentos de bem-estar. Isso remete aos conceitos de Ayres (2006) quando evidencia que a assistência quando não está amparada em medidas acolhedoras, relacionais e comunicacionais impossibilita a garantia do sucesso prático e da humanização da assistência.

O acolhimento deve nortear a prática e estar presente continuamente na postura dos profissionais, podendo ser considerado uma ação técnico-assistencial com foco nas relações, o que pressupõe um modo de operar processos de trabalho por meio do diálogo, da escuta e do estabelecimento de vínculo, por isso pode ser considerada uma das diretrizes mais relevantes da PNH (BRASIL, 2009c).

6.2.3.2 Trabalho de parto e parto

Desde 1996, a OMS vem orientando a adoção das boas práticas, ou seja, práticas sabidamente benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, das quais destacam-se: o uso do partograma, o monitoramento fetal intermitente, a oferta de dieta e líquidos, o apoio empático pelos profissionais da saúde, o respeito às escolhas da parturiente e

seu acompanhante, a liberdade de movimentos e o estímulo a posições verticalizadas, o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações, a utilização métodos não farmacológicos para alívio da dor, entre outros (WHO, 1996).

Considerando que o período de dilatação se inicia com o trabalho de parto e se estende até a dilatação completa do colo uterino, trata-se do período mais longo do processo de parturição. Portanto, com vistas a alcançar o bem-estar materno e fetal faz-se necessária a adoção de algumas práticas e técnicas para o acompanhamento desse período. Instrumentalmente o acompanhamento desta fase é realizado por meio da observação da mulher, sendo necessária atenção a sua aparência, comportamento, contrações e descida da apresentação fetal. A medida de maior acurácia é a dilatação do colo uterino e o desvio da progressão esperada dessa dilatação, pode indicar possíveis disfunções e a necessidade de intervenções (BRASIL, 2008c).

Dentre as contribuições do processo de elaboração do protocolo, as atualizações frente ao uso do partograma para acompanhamento e monitoramento do trabalho de parto, assim como os procedimentos necessários para o seu preenchimento, são citados, pelas EO, como a principal contribuição do protocolo para a prática assistencial.

O partograma é um instrumento gráfico, utilizado para o acompanhamento do trabalho de parto. Neste, são registrados a frequência e intensidade de contrações, descida da cabeça fetal e dilatação cervical. Variados modelos de partograma têm sido utilizados na prática clínica, alguns contendo linhas para orientar as intervenções, geralmente chamadas de linhas de alerta e de ação (BRASIL, 2010a).

Logo, o monitoramento do trabalho de parto com uso do partograma possibilita aos profissionais analisarem a evolução do trabalho de parto e os seus desvios. Na unidade de PPP, para a condução do trabalho de parto as EO passaram a utilizar o partograma para acompanhar e documentar a evolução do processo. Porém, o mesmo não aconteceu com os partos assistidos por profissionais médicos, com exceção de internos de medicina sob preceptoria das EO.

[...]agora nós questionamos sobre a abertura do partograma [...] hoje em dia temos ficado mais em cima, ao a mulher atingir 6 cm de dilatação nós já abrimos o partograma. Então, temos cobrado isso. Porque foi discutido, nós vimos pelas evidências a importância do partograma, então temos aquele resgate da construção do protocolo (Enfermeira 2, entrevista).

No excerto, a EO ressalta que após o processo de elaboração do protocolo os partogramas passaram a ser abertos e preenchidos corretamente. Além disso, é possível

verificar que as EO a partir do processo de elaboração do protocolo passaram a influenciar positivamente a prática médica, uma vez que passaram a solicitar a abertura dos partogramas nos partos assistidos por esses profissionais.

Após realizar o toque vaginal e avaliar a dinâmica uterina e o BCF a EO, juntamente com o interno de medicina, vão até o posto de enfermagem preencher as informações no partograma (Relato de observação 03/08/2016).

Estudos atuais ressaltam os benefícios do uso do partograma na condução do trabalho de parto. Rocha et al. (2009) asseguram que se trata de um instrumento que facilita a comunicação entre os profissionais da saúde e a tomada de conhecimento imediata sobre a evolução do trabalho de parto, uma vez que nele são registrados dados maternos e fetais.

Segundo o MS (BRASIL, 2010a), o uso do partograma pode interferir na duração do trabalho de parto, sendo evidenciada uma abreviação significativa deste período, além de reduzir o uso de ocitocina, as taxas de cesarianas e aumentar a proporção de partos espontâneos, que ocorreram conforme a fisiologia normal do parto.

Para Barros e Veríssimo (2011), o partograma é um eficaz norteador para a adoção de intervenções adequadas no trabalho de parto, além de uma importante ferramenta de ensino em hospitais universitários, pois favorece os acadêmicos o fácil reconhecimento das possibilidades de condutas para cada caso em que esse instrumento é utilizado.

Pesquisa conduzida por Silva et al. (2014), com o objetivo de investigar a qualidade da assistência oferecida à parturiente em uma maternidade, constatou que os partogramas não foram preenchidos para o acompanhamento do trabalho de parto. Esses autores salientam a importância de estimular os profissionais para o preenchimento adequado desse instrumento, uma vez que é primordial para o acompanhamento do trabalho de parto, por favorecer uma assistência segura e de qualidade.

Para o preenchimento adequado do partograma alguns procedimentos eram realizados, tais como o exame vaginal, a avaliação da dinâmica uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Conforme o protocolo, os exames vaginais deveriam ser realizados com um intervalo mínimo de quatro horas durante o primeiro período do trabalho de parto e na fase ativa deste (após 6 cm) a cada duas horas, exceto em casos de preocupação com o progresso do trabalho de parto ou em caso de complicações.

Além disso, durante o processo de elaboração do protocolo, houve uma preocupação constante quanto ao consentimento das mulheres frente a realização dos procedimentos e a garantia da privacidade, uma vez que estes eram aspectos que, durante os GC, as EO

relatavam que sempre consideravam durante a assistência. Isso por vezes foi observado na assistência prestada pelas EO.

[...]às 17 horas a enfermeira informou que já havia passado duas horas desde o último toque, ela então vai até a parturiente e solicita o consentimento [...] durante a realização do exame é evidente a preocupação da EO em preservar a privacidade da mulher, ela reposiciona os biombos e cobre a mulher com um lençol, não a deixando exposta (Relato de observação 11/08/2016).

O Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal (2010), elaborado pelo MS, ressalta que é essencial que os profissionais no momento da realização desse procedimento garantam o consentimento prévio da mulher, bem como a privacidade, dignidade e comodidade, além de orientar a parturiente sobre o porquê da realização desse procedimento (BRASIL, 2010a).

Para a realização do toque vaginal, o profissional deve ter clareza sobre a sua real necessidade e se as informações que este proporcionará serão relevantes no processo decisório da assistência, uma vez que seu propósito é comprovar e avaliar a evolução do trabalho de parto. Dessa forma, os profissionais devem ter consciência quanto a sua realização, pois é considerado um procedimento penoso para a mulher, que provoca ansiedades e desconfortos (BRASIL, 2010a).

É perceptível que as enfermeiras entendem que a realização de inúmeros exames vaginais, em um curto período de tempo, sem justificativa clínica, são abusivos e uma afronta à privacidade da mulher, se configurando como ato desrespeitoso. Ao realizarem o exame, as EO se preocupavam em pedir o consentimento da mulher e primavam pela privacidade da mesma, ao cobri-las com lençóis e reposicionando os biombos.

Wolff e Waldon (2008), analisando as representações das mulheres sobre a assistência prestada no trabalho de parto e parto, constataram que, a realização do exame vaginal por vários profissionais e em um curto intervalo de tempo ainda é uma prática comum, e a sua realização em número exagerado e sem delicadeza pode ser um fator de risco à parturiente e ao bebê.

Essas autoras caracterizam tal atitude como um tipo de violência, decorrente da forma abusiva e desrespeitosa que os profissionais assistem as mulheres. O que torna essas atitudes mais graves, é que os profissionais não reconhecem suas ações como um malcuidado ou desumanização. As mulheres, por sua vez, mesmo estando constrangidas e desconfortáveis, também não reconhecem tal atitude como uma violência ou, devido ao medo e vergonha, não expõem seus sentimentos (WOLFF; WALDON, 2008).

Vale salientar que a unidade de PPP apresenta uma área física restrita, no qual consiste em um local coletivo, com leitos dispostos lado a lado, sendo utilizados biombos para preservar a privacidade das parturientes e seus acompanhantes, porém, os problemas na estrutura física que interferem na realização das práticas e procedimentos são superados pelas EO que utilizam os recursos disponíveis para não exporem as mulheres.

No estudo realizado por Enderle et al. (2012) em um hospital de ensino, com o intuito de conhecer o que adolescentes entendem como assistência adequada ao parto, os resultados apontam que há necessidade de garantir a privacidade das parturientes diante dos profissionais, pois sua ausência pode gerar desconforto e insegurança, além disso, o fato de o local do estudo ser um hospital de ensino, também interferiu na privacidade das mulheres, devido à presença contínua de acadêmicos em processo de aprendizagem.

Apolinário et al. (2016), analisando as práticas na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade na perspectiva das puérperas, afirmam que a exposição indevida das parturientes durante a condução do trabalho de parto pelos profissionais opõe-se aos valores e preceitos da humanização da assistência assim como aos princípios da integralidade e individualidade, assim, a privacidade é um fator essencial, que exige a contribuição dos profissionais para preservá-la.

Para além do toque vaginal, outros procedimentos são realizados para o acompanhamento e avaliação do trabalho de parto, tais como: a avaliação da dinâmica uterina, a ausculta do batimento cardíaco fetal e sinais vitais da mulher. Esses exames eram realizados conforme os consensos do protocolo, nas diferentes fases do período de parturição. Para a realização destes, também era preocupação comum às EO, garantir a privacidade da mulher, além de não realiza-los sem que houvesse real necessidade, uma vez que podem se configurar como procedimentos incômodos para a mulher. Ademais, para a realização desses procedimentos, as EO encorajavam as mulheres a adotar posições que se sentissem mais confortáveis e seguras.

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher, garantindo o acesso a recursos farmacológicos e não farmacológicos durante o trabalho de parto. Durante o processo de elaboração do protocolo, as EO evidenciaram que desde a criação da unidade de PPP elas faziam o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos, contudo, notou-se que durante os GC houve um movimento de atualização frente a alguns métodos e a inserção de novos, tais como a musicoterapia e crioterapia. Durante as observações na unidade, dentre as ações realizadas destacaram-se as massagens, o estímulo a deambulação, o uso da bola de Bobath, da banqueta de parto, entre outros.

Vejo que a mulher está quieta em pé ao lado do leito, a enfermeira pergunta se ela não gostaria de ir para o chuveiro, ela informa os benefícios do banho morno nesse período do trabalho de parto [...] A parturiente concorda, então a EO a acompanha até o chuveiro e mostra como a mulher pode regular a temperatura da água (Relato de observação 08/08/2016).

A parturiente, que até então estava quieta e tranquila, começa a choramingar, a EO pega um banco de plástico e se senta ao lado dela e se oferece para realizar massagem para alívio da dor, a parturiente aceita, então ela faz movimento circulares na região lombar [...] A EO recomenda a deambulação para a parturiente que se levanta do leito e começa a caminhar pela unidade [...] (Relato de observação 26/08/2016).

A mulher refere que está sentindo muita dor e que suas pernas estão tremulas. A enfermeira então pergunta se ela gostaria de utilizar a bola de Bobath ou se gostaria de tomar um banho quente, a mulher diz que gostaria da bola [...] (Relato de observação 04/08/2016).

Sempre, ao oferecer os métodos para alívio da dor e desconfortos, as EO orientavam as mulheres quanto aos seus benefícios. A realização desses métodos dependia do consentimento e da vontade das mulheres.

Um estudo quantitativo realizado na unidade de PPP, local deste estudo, com o objetivo de analisar a assistência prestada na unidade após a inserção de EO, constatou que a grande maioria das mulheres fizeram uso de práticas que não interferiam na fisiologia do parto, com destaque para aquelas voltadas para o alívio da dor e relaxamento, como o banho de aspersão, a deambulação e massagem, e de práticas que favorecem a progressão fetal, tais como bola de bobath e o agachamento. Vale destacar que, segundo os resultados do estudo, essas tecnologias não foram utilizadas de maneira isolada, mas sim com a associação de duas ou mais técnicas, conforme as etapas do trabalho de parto (MEDEIROS, et al., 2016).

As EO relataram que, anteriormente à criação da unidade de PPP e à inserção das EO, não eram utilizados esses métodos de cuidado na assistência ao parto normal, uma vez que essa assistência era realizada somente por profissionais médicos e contava com estrutura física restrita.

[...] não tinha espaço entre as camas, acho que era cerca de 20 centímetros de uma cama para outra, não tinha chuveiro quente, não tinha bola, não tinha banquetas[...] essas práticas só passaram a existir depois que o PPP foi montado (Enfermeira 2, entrevista).

Para Osório, Júnior e Nicolau (2014), em pesquisa que avaliou a efetividade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, as tecnologias não invasivas de cuidado, como a massagem, a aromaterapia, o banho, a acupuntura, entre outros, foram eficazes para a redução da percepção dolorosa, e consequentemente auxiliaram

na redução dos níveis de ansiedade e estresse das parturientes. Além disso, as autoras apontam que o seu uso reduz e posterga a utilização de métodos farmacológicos para o controle e alívio da dor, proporcionando condições para uma postura mais ativa da parturiente e do seu acompanhante.

Conforme Gallo et al. (2011) que propuseram a construção de um protocolo para utilização dos recursos não farmacológicos para o alívio da dor e auxílio na condução do trabalho de parto, com base em evidências científicas obtidas a partir de revisão da literatura, evidenciaram que a principal vantagem na utilização de métodos de cuidado não invasivos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, além de estarem associadas a poucas contraindicações e efeitos colaterais. Nesse contexto, as informações existentes na literatura científica demonstram que o uso dessas tecnologias de cuidado promovem benefícios tanto para a parturiente quanto para a instituição.

Motta et al. (2016) ao analisarem a implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto natural, fundamentada no documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" de 1996, a partir da concepção de puérperas no município de Fortaleza- CE, concluíram que os métodos não farmacológicos para alívio da dor são eficientes e promovem o relaxamento. Apesar de não agregarem custos institucionais, sua utilização depende, em grande parte, da sensibilidade dos profissionais da saúde.

Dessa maneira, compreende-se que estes são importantes métodos de cuidado, aplicados principalmente, pela enfermagem obstétrica que auxiliam a mulher a passar pelo processo de parturição de forma mais agradável e menos dolorosa. Porém, cabe à parturiente o processo decisório para a adesão a essas tecnologias.

Outra prática reafirmada durante os GC e constantemente realizada na unidade de PPP é a estimulação das parturientes a adotarem uma atitude ativa, com movimentos de bamboleio, exercícios de agachamento e a liberdade de movimentação. Durante o trabalho de parto e o período expulsivo, as EO encorajavam as mulheres a escolherem a posição em que se sentissem mais confortáveis, sempre respeitando suas decisões e informando os benefícios de determinadas posições, tais como as verticalizadas.

A EO orientar a mulher quanto às posições para o parto e sobre os benefícios das posições verticalizadas [...] A enfermeira pede para que eu pegue a banqueta para a parturiente vê-la, porém, a parturiente refere preferir ficar deitada no leito (Relato de observação 26/08/2016).

As 11:40 horas a EO entra no banheiro e pergunta se a mulher gostaria de se sentar na banquetta, ela responde que sim, a enfermeira se senta em um outro banco na sua frente [...] (Relato de observação 08/08/2016).

Conforme Wei, Gualda e Junior (2011), a liberdade e a autonomia das parturientes para a movimentação devem ser incentivadas, visto que auxilia na maior efetividade das contrações e na evolução do trabalho de parto. Conforme as mulheres participantes do estudo, a liberdade de movimentação foi importante para o alívio da sensação dolorosa, uma vez que modifica o foco da mulher. Ao comparar com experiências de partos anteriores as participantes desta investigação atribuíram a progressão mais rápida da dilatação do colo uterino à movimentação (WEI, GUALDA, JUNIOR, 2011).

Quanto às posições, Lawrence et al. (2013), em uma revisão sistemática, afirmam que a escolha da posição dorsal é comumente adotada em partos hospitalares, porém, não há estudos que demonstrem quaisquer vantagens para as mulheres e bebês, embora sejam mais convenientes para os profissionais da saúde. A adoção dessa posição pode causar efeitos adversos na progressão do trabalho de parto e na dinâmica uterina.

Nessa revisão sistemática, realizada com o objetivo de avaliar os efeitos de encorajar as mulheres a assumirem posições verticalizadas (sentada, de pé, ajoelhada) e não posições de decúbito (supina, semi-sentada, lateral), o estudo ressalta que as posições verticalizadas juntamente com a deambulação diminuem o tempo do trabalho de parto, possibilitam menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal, menores taxas de analgesia, cesarianas, episiotomia e admissão do RN em UTI (LAWRENCE et al., 2013).

Porém, mesmo com o incentivo e as orientações das EO frente a movimentação e os benefícios de posições verticalizadas, devido a cultura da medicalização e institucionalização do parto na sociedade em geral é perceptível que grande parte das mulheres se sentiam mais confortáveis ao realizarem seus partos nos leitos, em posição litotômica ou semi-sentada.

Conforme Wei, Gualda e Júnior (2011), criou-se nas instituições hospitalares um ritual para acompanhamento das parturientes, com o intuito de avaliar as condições clínicas materno-fetais, restringindo as mulheres aos leitos, desta forma, assim, isso se tornou uma prática inserida no universo cultural da assistência ao parto. No estudo realizado por esses autores, as mulheres que preferiram permanecer deitadas, atribuíram tal escolha ao medo de o nascimento ocorrer durante a movimentação e devido à dificuldade de executar puxos na posição vertical.

Apesar de haver evidências que ressaltam os benefícios das posições verticalizadas, é importante que sejam respeitadas as vontades e escolhas das mulheres. Diante disso, o

profissional deve orientá-las quanto aos benefícios e malefícios das posições, de modo que a escolha seja realizada pela mulher, uma vez que é ela quem está vivenciando o momento da parturição. Durante a assistência ao trabalho de parto e parto, é nítido que as EO vislumbram a mulher como protagonista do parto e buscam viabilizar sua autonomia, possibilitando que participem das decisões durante o trabalho de parto e parto.

Atualmente, estudiosos têm discutido muito sobre a necessidade de mudanças na assistência, evidenciando o resgate do protagonismo da parturiente no momento do parto. Conforme Rocha e Novaes (2010), desde a institucionalização da assistência ao parto baseada no modelo assistencial biomédico, a mulher não tem sido o sujeito da atenção, uma vez que este papel vem sendo ocupado pelos profissionais e pelas instituições, de forma a atender seus interesses.

A Portaria nº 11 de 2015 aponta que a humanização do parto e nascimento consiste no respeito ao parto como um evento pessoal, cultural, sexual e familiar e fundamenta-se no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente no processo decisório (BRASIL, 2015).

Conforme Rocha e Novaes (2010), no estudo realizado com o objetivo de realizar uma reflexão sobre a situação obstétrica e perinatal brasileira, em relação ao parto normal, 23 anos após a publicação das recomendações da OMS para atenção ao parto de baixo risco, o enfoque da atenção aos partos deve ser voltado, primariamente, para a parturiente e para seu bebê, e secundariamente, para sua família, de modo que os profissionais, instituições e normas devem estar a serviço desses. Esta configuração de cuidado oportunizará respeito aos desejos da gestante, cuidados com sua privacidade e consideração das suas escolhas.

Sodré, Merighi e Bonadio (2012), ao discutirem sobre a ‘escolha informada’ no parto, referem que nas ações de saúde a escolha informada e a autonomia da mulher no parto são direitos que devem ser respeitados. Portanto, no processo de parturição, a mulher deve ser protagonista dos eventos e ter direito de escolha quanto ao tipo de parto, ambiência, profissional que irá atendê-la, acompanhante, procedimentos aos quais será submetida, entre outras.

Porém, para que isso ocorra são necessárias mudanças no modelo de atenção obstétrica que está em processo de transformação. Para tanto, devem haver modificações principalmente nas condutas dos profissionais, de modo que eles deixem de atender preferencialmente às suas escolhas e conveniências e passem a considerar os desejos da mulher, adotem o modelo humanista com o uso adequado de tecnologias, visando uma

assistência que individualiza o cuidado e compreende o parto como um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Apesar disso, Deslandes (2005), ao discutir a trajetória de implementação e a identidade das iniciativas para a humanização da assistência sobre a ótica de gestores, evidenciou que estes compreendem a autonomia como um direito materializado a partir das escolhas das mulheres com relação a movimentação e a escolha da posição mais confortável para o parto. Porém, a autora refere que, na realidade, essa autonomia é garantida a partir de opções possíveis e padronizadas, disponibilizadas pelos profissionais, e não a partir da escuta e do diálogo com as mulheres, de modo a compreender seus desejos e expectativas.

Nesse sentido, o principal desafio a ser superado é a transformação das atitudes e ações dos profissionais, que devem agir de maneira ética e científica em benefício de um cuidado integral, centrado nas necessidades das parturientes e seus acompanhantes e não na rotina hospitalar ou nos seus interesses próprios. Desse modo, os profissionais devem estimular a tomada de decisão informada das mulheres, de modo a reconhecer que elas têm o seu acervo de conhecimento e necessitam ser escutadas, valorizando a sua capacidade de decidir e respeitando seus direitos, sua autonomia e protagonismo frente ao processo parturitivo (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

O estudo realizado por Narchi, Cruz e Gonçalves (2013), com a finalidade de oferecer subsídios teóricos sobre a promoção da maternidade segura, destaca que, a concreta participação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto pode colaborar para a constituição de uma rede efetiva de cuidados humanizados e baseados em evidências científicas, uma vez que esses profissionais desenvolvem sua assistência voltada para as necessidades de cada parturiente, de modo a contribuir para a concretização da autonomia e protagonismo da mulher.

Neste estudo, a imersão da pesquisadora na unidade de PPP, de modo a conhecer em profundidade seu funcionamento e o processo de trabalho, possibilita afirmar que a inserção das EO na instituição foi fundamental para a implementação de práticas humanizadas na assistência ao parto, dado que rotineiramente buscam basear a assistência nas necessidades expressas pelas parturientes e na sua autonomia, concretizando o protagonismo da mulher no processo de parturição. Isso foi evidenciado no estudo realizado por Medeiros et al. (2016), que apontou o ingresso das EO como determinante para a implementação de práticas humanizadas nesta instituição.

Para além, ficou evidente que o processo de elaboração do protocolo influenciou diretamente a assistência na unidade de PPP, uma vez que a partir desse processo as EO

passaram a embasar a prática diária em evidências científicas discutidas nos GC, com repercussões no uso adequado de tecnologias e na valorização do acolhimento e dos aspectos relacionais.

6.2.3.3 Cuidados com o recém-nascido

O cuidado ao RN imediatamente após o parto é essencial para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso. O cuidado ao RN deve estar baseado nas boas práticas de cuidado, e privilegiar formas de cuidar seguras, integrais e qualificadas, centradas e direcionadas às suas necessidades e as de seus pais, com vistas à adaptação desse novo ser ao mundo, à prevenção de doenças, promoção de sua saúde e ao seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e social. Essas ações visam recepcionar o RN de forma digna, evitar a realização de intervenções desnecessárias e garantir a interação e o vínculo precoce entre o RN e seus pais (MÜLLER; LAMPIERI, 2014).

Durante o processo de elaboração do protocolo, uma das principais preocupações das enfermeiras participantes estava relacionada com a humanização da assistência ao RN devido as intervenções rotineiras realizadas imediatamente após o nascimento por outros profissionais da saúde, tais como a aspiração orotraquial e a antropometria imediatamente após o parto.

Diante disso, foi possível observar que, na assistência, as EO sempre se preocupavam em criar um ambiente propício para recepcionar o RN com dignidade, em um ambiente de penumbra, com os aparelhos de ar condicionado desligados e com o mínimo de estimulação sonora. Além disso, após o parto, quando possível, estimulavam a equipe quanto à realização do clameamento tardio do cordão umbilical, contato imediato pele a pele e o início da amamentação na primeira hora de vida.

Para Cruz, Sumam e Spíndola (2007), a preocupação essencial após o parto deve ser o acolhimento do RN, de modo que reduza os impactos da diferença entre o mundo intra e o extrauterino, uma vez que o meio intrauterino proporcionava aconchego, temperatura e luminosidade constante. Neste sentido, é essencial que os profissionais da saúde busquem meios de reduzir os impactos decorrentes dessa transição, e para que isso ocorra, os autores apontam como fundamental o emprego de uma iluminação branda, silêncio, ambiente menos frio e mais tranquilo, além do contato corporal imediato entre mãe e filho.

Para Müller e Lampieri (2014), a recepção e o acolhimento do RN devem ser realizados de forma sensível, harmônica e carinhosa, em um ambiente tranquilo, sendo

preciso acolher respeitando as condições do RN e a singularidades que envolvem o momento do nascimento.

Conforme o documento do MS - “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”, o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o contato pele a pele imediato e o início da amamentação exclusiva após o parto são três práticas simples que, além de proporcionarem benefício instantâneo ao RN, podem ter impacto em longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetar o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério (BRASIL, 2011c).

Dentre os cuidados com o RN observados na prática das EO que estavam em consonância com o protocolo destaca-se o clampeamento oportuno do cordão umbilical.

No clampeamento oportuno do cordão, por mais que uma ou outra sabia, acabava não colocando em práticas porque não sabia direito, porque não tinha certeza, não sabia de onde vinha, não sabia a referência, então eu acredito que trouxe muita contribuição, muita influência positiva para melhorar a qualidade da assistência no PPP (Enfermeira 4, entrevista).

Após o nascimento, notou-se que em todos os partos observados, assim como orienta o protocolo, o RN era secado e imediatamente colocado sobre a mãe, estabelecendo o contato pele a pele, o que dentre outros benefícios, favorece seu aquecimento. Sobre a mãe, o pinçamento do cordão umbilical era realizado, após o terceiro minuto ou depois da interrupção da pulsação do cordão umbilical, com exceção dos casos de urgência.

Eles aguardaram três minutos para clampear o cordão, o interno sob orientação da enfermeira pinçou e realizou o procedimento (Relato de observação 03/08/2016).

Após os três minutos a EO realizou o clampeamento do cordão (Relato de observação 17/08/2016).

Conforme a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, desenvolvida pelo MS, é recomendável o clampeamento oportuno do cordão, definido como o período entre um e cinco minutos após o nascimento da criança ou em seguida a interrupção completa da pulsação do cordão umbilical (BRASIL, 2016a).

McDonald et al. (2013), que realizou um estudo com o objetivo de determinar os efeitos do pinçamento precoce do cordão em comparação com o pinçamento oportuno, constatou que este último não aumenta o risco de hemorragia, mas contribuí de forma positiva

ao elevar os níveis de hemoglobina e ferritina. O clampeamento imediato, por sua vez, pode privar o RN de até 25% do volume de sangue circulante.

Além disso, o clampeamento oportuno do cordão pode permitir a realização do contato pele a pele imediato, uma vez que não há necessidade de manipulação do RN pelo profissional nos primeiros minutos da sua vida. Isso pode trazer para mãe e filho uma vivência positiva (BRASIL, 2016a).

Durante a observação realizada no cenário de estudo, notou-se que após o nascimento, se o RN estivesse ativo e reativo, era colocado em contato pele a pele com a mãe, onde seriam realizadas as primeiras avaliações clínicas, porém, o RN não permanecia em contato pele a pele por muito tempo devido a interferência de outros profissionais, membros da equipe do PPP, e ocasionalmente por desejo da própria mulher.

O RN foi colocado no colo da mãe, a residente da pediatria realiza uma estimulação no RN com uma compressa estéril e realiza ausculta pulmonar e cardíaca (Relato de observação 17/08/2016).

[...] a criança assim que nasceu foi colocada sobre a mãe, a residente da pediatria apenas estimulou a criança, realizou ausculta cardíaca e aferiu o perímetro cefálico para descartar microcefalia (Relato de observação 10/08/2016).

O protocolo elaborado para a unidade de PPP a partir de evidências científicas recomenda a estimulação do contato precoce pele a pele entre mãe e filho ao longo da primeira hora de vida. Segundo o MS (Brasil 2010c; 2016a), esta prática reduz o risco de hipotermia em RN a termo. Dessa forma, durante esse período o RN deve ser avaliado sobre a mãe, com o mínimo de interferência na relação entre mãe e filho.

Para além dos benefícios clínicos, a aproximação contato pele a pele entre mãe e bebê no pós-parto imediato favorece o estabelecimento precoce do vínculo e do apego entre o binômio, além de promover a amamentação (CRUZ SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Müller e Lampieri (2014) objetivando conhecer as divergências relacionadas aos cuidados prestados ao RN no Centro Obstétrico de um hospital público, na ótica de enfermeiras, afirmam que a partir desse contato, o RN fica mais calmo e parece sentir mais prazer quando está com a mãe, além disso favorece envolvimento com os pais.

Nesse sentido, considera-se como boas práticas evitar a separação desnecessária entre mãe e filho e adotar comportamentos que favoreçam o vínculo entre eles. Assim, intervenções dispensáveis devem ser evitadas ou adiadas (ROSA et al., 2010).

Em estudo de Santos et al. (2014), que buscou compreender a vivência da puérpera durante o primeiro contato pele a pele com o RN no pós-parto imediato, evidenciou que esta

prática, muitas vezes realizada de forma mecânica, vem transformando o contato contínuo em um momento breve, no qual a mulher não possui autonomia suficiente para exercer o papel de agente do processo ao vivenciar este momento.

O mesmo foi constatado pelo estudo de Müller e Lampieri (2014), ao identificarem que alguns profissionais da saúde priorizam o técnico e o procedimental após o nascimento, em detrimento de oportunizar a interação do RN com seus pais. Para esses autores, tal atitude está relacionada a aspectos da gestão do serviço, como a falta de recursos humanos, de estrutura física e de educação permanente em saúde, sendo que a postura dos profissionais contribui para tal situação.

Assim, na unidade de PPP estudada, eventualmente, ocorre um contato rápido e sem apoio dos profissionais da saúde, o que pode estar relacionado ao fato de que à recepção do RN e os cuidados imediatos não são realizados pelas EO.

Por vezes, notou-se que a não permanência do RN com a mãe durante a primeira hora de vida influenciava negativamente na amamentação. Porém, os bebês que permaneciam com suas mães eram estimulados a amamentar na primeira hora de vida, apesar de algumas EO demonstrarem não ter afinidade com a prática, em momentos de necessidade, era solicitado auxílio dos profissionais do banco de leite do hospital.

De acordo com o MS (2010) a amamentação deve ser estimulada o quanto antes, de preferência na primeira hora de vida. Essa prática, quando aplicada precocemente, favorece uma relação entre mãe e filho mais intensa, além de estar associada com a maior duração da amamentação materna. Além disso, favorece o reflexo da ocitocina na mãe, auxiliando na contração e involução uterina. Dentre os benefícios para o RN, o colostro evita o estresse, o imuniza, mantém a temperatura corporal e o nível de glicemia (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, foi possível evidenciar que em relação aos cuidados com o RN, o processo de elaboração do protocolo não influenciou a prática assistencial, não sendo observada a efetivação de todos os seus consensos. Apesar das EO reconhecerem a importância e necessidade dessas práticas, inclusive do contato pele a pele, não há concretização dessas, uma vez que cotidianamente não é a enfermagem quem realiza a recepção e os cuidados imediatos do RN.

Todavia, apesar de recepção do RN e dos cuidados imediatos não serem realizados pelas EO, percebe-se que estas têm contribuído e influenciado outros profissionais a implementarem práticas humanizadas ao RN. Desta forma, apesar de a assistência não ser implementada conforme os consensos estabelecidos pelo protocolo, esse processo e as EO tem contribuído para a humanização da prática de outros profissionais.

6.2.3.4 Intervenções

Desde o início do processo de elaboração do protocolo, buscava-se a elaboração coletiva de um instrumento para embasar a assistência de enfermagem prestada na unidade de PPP, de modo a proporcionar às parturientes uma assistência mais digna e humanizada.

Após a finalização do processo de elaboração, ao realizar observações na unidade de PPP, constatou-se que práticas humanizadas já se encontram implementadas, uma vez que as enfermeiras conduzem a assistência ao trabalho de parto e parto conforme os consensos estabelecidos no protocolo, assistindo as parturientes de forma qualificada e humanizada.

Tais achados vão ao encontro dos resultados identificados por vários estudos atuais realizados para avaliar a assistência ao parto, que evidenciaram o papel das EO como agentes estratégicos na implantação de práticas humanizadas (DIAS; DOMINGUES, 2005; RABELO; OLIVEIRA 2010; MEDEIROS, et al., 2016).

No estudo realizado por Medeiros et al. (2016) no mesmo cenário do presente estudo esse fato foi ressaltado, sendo atribuída a inserção das EO na unidade PPP à humanização da assistência obstétrica e neonatal, uma vez que a admissão dessas profissionais contribuiu para a qualificação do cuidado, influenciando na redução de intervenções, tais como a episiotomia e as cesarianas e no incentivo ao uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, tais como o uso de métodos não invasivos para alívio da dor e relaxamento, presença do acompanhante, parto verticalizado, clampeamento tardio do cordão, aleitamento na primeira hora de vida, entre outros (MEDEIROS, et al., 2016).

Apesar disso, a atenção obstétrica no serviço estudado ainda está organizada em uma perspectiva biomédica, o que justifica a presença de algumas práticas profissionais que privilegiam intervenções no corpo da mulher. Nesse contexto, apesar da equipe de enfermagem, apresentar grande parte do tempo práticas baseadas nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, em alguns momentos, reproduz esse modo de cuidado tecnicista, conforme os relatos de observação:

A enfermeira conduzia puxos no momento das contrações e pedia para que a mulher colocasse o queixo no peito no momento dos puxos (Relato de observação 08/08/2016).

A mulher do leito 2 foi admitida no PPP as 16:40 [...] em trabalho de parto, a partir das 19 horas o toque vaginal, a avaliação de DU e BCF foram realizados a cada hora (19, 20, 21, 22:30 horas) (Relato de observação 17/08/2016).

Em um curto espaço de tempo observo que a avaliação vaginal da mulher foi realizada por 3 profissionais diferentes [...] (Relato de observação 12/08/2016).

Apesar de as EO buscarem mudanças na prática assistencial, a partir da implementação de práticas previstas no protocolo, alguns membros da equipe de enfermagem têm o modelo hegemônico de atenção como eixo norteador de algumas de suas práticas, apesar de episódios como estes ocorrerem esporadicamente. Ao contrário das EO, observa-se que a equipe médica realiza, rotineiramente, inúmeras intervenções para a condução de trabalho de parto e parto, mesmo nos trabalhos de parto de risco habitual, no qual não há indicação de determinadas intervenções.

Situação semelhante pode ser observada no estudo realizado por Reis et al (2014), desenvolvido com o objetivo de descrever as práticas utilizadas nos partos acompanhados por enfermeiras obstetras em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro (RJ), no qual a partir da análise dos partos assistidos por EO foi evidenciado o uso de práticas que não interferem na fisiologia do parto, conforme preconizado pelo MS e pela OMS, porém, também há utilização de práticas intervencionistas, tais como episiotomia, amniotomia e ocitocina. Este estudo constatou que, no cotidiano do serviço, tanto práticas apoiadas pelo modelo tecnocrático quanto as defendidas pelo modelo humanizado de atenção ao parto e recomendadas pela OMS/MS estavam presentes.

Há décadas, discute-se a humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil, contudo, a atenção à gestantes e parturientes ainda permanece centrada no modelo biomédico, que fragmenta o ser humano, e contribui para o aumento do número de intervenções e procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (MOURA, et al., 2007).

Pereira e Moura (2008), objetivando discutir as relações de hegemonia no conflito cultural dos modelos e práticas assistenciais ao parto no sistema de saúde brasileiro, segundo o referencial teórico de Gramsci, evidenciaram que apesar das iniciativas da OMS e do MS para mudanças nas práticas assistenciais ao parto e nascimento, ainda há predomínio de práticas intervencionistas e medicalizadas. Dessa forma, a permanência desses problemas na atenção ao parto sinaliza que o modelo assistencial intervencionista constitui-se em um vigoroso conjunto de ideias que ainda determinam o modo de pensar e de fazer nas ações de saúde.

Nas instituições de assistência ao parto e nascimento, o processo parturitivo vem sendo progressivamente acelerado e artificializado, por meio do uso rotineiro de medicações como ocitocina e da cesariana com hora marcada, que aboliu por completo o trabalho de

parto. Nesse processo, o corpo feminino é decodificado, interpretado e provoca medidas de ajustamento em seu curso através de técnicas e tecnologias (PEREIRA; MOURA, 2008).

Leal et al. (2014) referem que a prática obstétrica no Brasil tem pressa em provocar o nascimento das crianças, desrespeitando a autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão dos profissionais e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo tem início durante a assistência pré-natal, quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científicas e produzem um parto ruim.

A partir disso, é possível ressaltar que apesar de haver um grande movimento, por parte das enfermeiras, no sentido de humanizar e qualificar a assistência na unidade de PPP, ainda é necessária a superação de intervenções decorrentes do modelo hegemônico imposto para a assistência ao parto e nascimento em todo o país. Assim sendo, considera-se que a assistência prestada na unidade esteja em processo de transformação e transição de uma prática em direção ao rompimento com o modelo biomédico e medicalizado, em busca de uma assistência integral e humanizada.

Acredita-se que a enfermeira obstetra possui uma posição de destaque na assistência, sendo este o profissional mais capacitado para direcionar e sensibilizar a equipe multiprofissional para o cuidar de maneira humanizada como forma de contribuir para a mudança do atual cenário de assistência ao parto (MOTTA et al., 2016). Logo, a implementação do protocolo auxiliará neste movimento de transformação de práticas, uma vez que será um instrumento que irá conferir às EO respaldo institucional, além de autonomia profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, no Brasil, é possível observar que o modelo biomédico ainda impera na assistência ao parto e ao nascimento, uma vez que ainda são frequentemente utilizadas intervenções e tecnologias nem sempre necessárias, que transformam o corpo feminino e a experiência da parturição em problemas médicos que requerem a ação de um profissional da área médica.

Frente a tal contexto, inúmeros estudiosos da área da obstetrícia que praticam a assistência ao parto têm defendido a necessidade de repensar a prática assistencial de forma a promover o surgimento de uma nova forma de pensar/fazer o cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento, visando favorecer o surgimento de um novo paradigma para a atenção obstétrica.

Esse novo entendimento sobre o cuidado a essa etapa da vida da mulher tem determinado um movimento social que envolve trabalhadores da saúde, pesquisadores e sociedade de maneira geral. Este movimento tem demandado e provocado transformações na atenção à saúde devido a mudanças nas políticas de saúde.

Essa mudança política tem se concretizado por meio de dispositivos legais, mais especificamente pela publicação de portarias ministeriais que propõem a efetivação de modificações na assistência, buscando o resgate do parto como um evento natural e a valorização das necessidades de saúde de cada parturiente, compreendidas de forma mais abrangente, para além da dimensão biológica, ao considerar aspectos sociais e culturais da gestação e do parto, ampliando a compreensão de necessidades.

Nesse sentido, a humanização da assistência ao parto e nascimento emergiu como uma forma de possibilitar/contribuir para o resgate do processo de parturição como um evento fisiológico e natural, visto que propõe que a centralidade do processo esteja nas necessidades de saúde das mulheres e de seus familiares, recuperando o protagonismo e autonomia das mulheres. Essa nova perspectiva para o cuidado à gestação, ao parto e ao nascimento, visa à extinção das práticas intervencionistas que vêm sendo implementadas de forma rotineira, indiscriminada e não amparadas em evidências científicas atuais.

Para tanto, faz-se necessário o rearranjo do processo de trabalho e da organização dos serviços de saúde, de modo que os profissionais respeitem os aspectos fisiológicos do processo de parturição, avaliem criteriosamente as intervenções a serem implementadas e que consigam sincronizar um conjunto de tecnologias ao trabalho em equipe, com vistas a receber os usuários, ouvi-los e encaminhá-los de forma a resolver suas necessidades.

Dessa forma, a criação e implementação de protocolos assistenciais para orientar a atenção ao período gravídico-puerperal, elaborados a partir de evidências científicas atuais e das peculiaridades e especificidades das unidades de saúde, são essenciais por serem potentes ferramentas para a humanização.

A análise do processo de elaboração do protocolo proposto por este estudo, constatou que essa experiência permitiu às profissionais atuantes na unidade de PPP refletirem sobre seus processos de trabalho na assistência à gestação, parto e puerpério, bem como sobre o uso adequado de tecnologias em saúde, de modo que a assistência não se restrinja aos aspectos biológicos da atenção, mas também aos relacionais, aos socioculturais e aos emocionais da parturiente.

Este estudo cujo percurso metodológico foi construído a partir da implementação das etapas da Pesquisa Convergente-Assistencial, que permite aos pesquisadores desenvolverem simultaneamente atividades assistenciais e de pesquisa, de modo a introduzir mudanças e inovações na prática assistencial, possibilitou descrever o processo de elaboração de um protocolo para a assistência de enfermagem aos partos de risco habitual, com a participação efetiva das EO do serviço, além de ter possibilitado o delineamento do efeito e das influências da construção dessa ferramenta assistencial na prática.

É preciso ressaltar a importância dos Grupos de Convergência para a condução desse processo de elaboração, uma vez que a convergência entre a prática profissional e a pesquisa possibilitou uma experiência significativa para todos os membros do grupo (EO e pesquisadoras), resultando em um produto reconhecidamente qualificado para guiar as práticas da unidade. Ressalta-se que, para a elaboração do protocolo assistencial, foram consideradas as especificidades do local onde seria aplicado, as vivências e as experiências profissionais das EO atuantes na unidade, garantindo a operacionalização e viabilidade do instrumento.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de que durante a realização da PCA fortaleceram-se os laços afetivos e de amizade das EO, que passaram a se considerar como um verdadeiro grupo, visto que, anteriormente se percebiam apenas como um agrupamento. Como foi expresso pelas próprias EO, no decorrer dos GC, foram estabelecidos vínculos entre as participantes, o que favoreceu a consolidação do grupo.

O compartilhamento das vivências das EO favoreceu o estreitamento das relações e a formação de vínculos, além da ideação de um conteúdo que contemplasse o desejo destas profissionais de oferecer às usuárias do serviço uma assistência qualificada, humanizada e baseada em evidências científicas.

Além disso, a partir das discussões nos GC sobre as evidências científicas atuais, ficou perceptível o movimento de incorporação dessas evidências em suas práticas assistenciais, sendo a busca constante de evidências um movimento introduzido na prática assistencial.

O processo de elaboração do protocolo possibilitou o nivelamento das práticas assistenciais das EO, uma vez que esse instrumento estimula a reflexão dos profissionais para as tomadas de decisões, tornando a assistência mais segura por estar embasada nas melhores evidências científicas disponíveis e nos princípios éticos e humanizados. Não se trata, portanto, de uma “forma padronizada de cuidados”, mas de um caminho fundamentado para o desenvolvimento de uma assistência segura e competente.

A descrição do processo de elaboração do protocolo, desde o momento de autorização da instituição até o processo institucional de avaliação do mesmo, e a análise dos dados empíricos relacionados ao processo, constituem-se subsídios capazes de auxiliar outros pesquisadores e instituições de saúde a executarem propostas semelhantes de modo a elaborarem seus próprios protocolos de maneira colaborativa.

Ao iniciar este estudo, pretendia-se analisar o processo de elaboração e de implementação do protocolo, contudo, após o processo de elaboração, iniciou-se um complexo trâmite de avaliação institucional para a sua implementação, o qual se estendeu até o momento da finalização deste estudo. No entanto, apesar deste trabalho não contemplar a implantação oficial do protocolo, em decorrência desse processo burocratizado e moroso, a prática assistencial diária das EO tem se concretizado em conformidade com os consensos realizados durante sua elaboração.

Dessa forma, ao final do processo evidenciou-se que o protocolo encontra-se oficiosamente implementado. Contudo, que uma vez que este protocolo seja oficializado pela instituição, acredita-se que o mesmo oferecerá às EO respaldo institucional e legal, autonomia profissional, valorização das práticas desenvolvidas, além da pretendida humanização da assistência ao parto.

Na instituição estudada, após o processo de elaboração do protocolo ocorreram inúmeras mudanças na forma de atendimento ao parto e nascimento na unidade de PPP, principalmente se comparada à assistência oferecida antes da criação dessa unidade, quando o corpo clínico daquele hospital ainda não contava com a inserção de EO na prática assistencial.

A operacionalização do protocolo tem possibilitado a implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, tais como: o acolhimento, o apoio empático, a presença do acompanhante, o uso do partograma para basear condutas, o oferecimento de líquidos e da

dieta livremente, a realização de métodos não invasivos para o alívio da dor e relaxamento, o estímulo e liberdade de movimentação, a escolha de posições (a partir de orientações) para a realização do parto, além do clampeamento oportuno do cordão umbilical e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

Para a realização de tais as práticas, a parturiente é consultada previamente sobre suas necessidades e vontades, de maneira a garantir seu protagonismo e autonomia perante o processo assistencial.

Finalizando, é preciso ressaltar que, apesar de todas as mudanças identificadas na prática assistencial ofertada a parturientes atendidas na unidade de PPP em estudo, ainda predomina o modelo de assistencial tecnocrático e medicalizado, principalmente em decorrência do fato de que a assistência ali prestada ocorre de forma compartilhada com outros profissionais, que têm suas formações e práticas pautadas nestes modelos. Assim, fica evidente a necessidade de elaborar protocolos que orientem a assistência de toda a equipe multiprofissional.

Ademais, notou-se em momentos esporádicos a reprodução de práticas intervencionistas por enfermeiras. Apesar disto, acredita-se que a enfermeira obstetra, que na maioria do tempo atua sob a perspectiva da atenção humanizada ao parto e nascimento, tem se mostrado importante agente da desmedicalização do parto, ao substituir práticas e intervenções rotineiras que interferem no desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto, por práticas baseadas em evidências ancoradas nos preceitos da humanização. Para além, notou-se a importante influência que estas profissionais têm desempenhado na modificação de práticas das demais categorias profissionais.

Nesse contexto, concluímos que o processo de criação e elaboração do protocolo trouxe inúmeras contribuições positivas para a prática profissional das EO atuantes naquela unidade de PPP, como: o estabelecimento de um grupo entre as enfermeiras, com fortes relações interpessoais e a tendência de basear sua prática assistencial em evidências científicas.

Especificamente no que diz respeito à prática assistencial, ficou evidente que o protocolo contribuiu para a humanização da assistência ao parto e nascimento, uma vez que influenciou o uso racional das tecnologias em saúde e a inserção das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Portanto, após a efetiva implementação do protocolo, espera-se que outras contribuições surjam, principalmente no que diz respeito a autonomia profissional das EO com realização de práticas como a prescrição de enfermagem e uma assistência mais efetiva no pós-parto imediato ao RN.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. **Em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. – 1 ed. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.36, p.79-91, 2011.
- ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.15, v. Supl. 1, p.1123-1132, 2010.
- ALMEIDA, E. R., et al. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE online**. Recife, v.10, n.2, p. 683-691, 2016.
- ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **REME, Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n.3, p. 711-717, 2015.
- AMARAL, V. L. **Psicologia da educação** - Natal, RN: EDUFRN, 2007. 208 p.: il.
- ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. Estratégias de ensinagem. In: **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula** – Léa das Graças Cagargos Anastasiou – Ed. Joinville, SC, 2007.
- APOLINÁRIO, D., et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das Puérperas. **Rev. Rene**, v.17, n.1, p. 20-28, 2016.
- AQUINO, D. R.; FILHO, W. D. L. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n.1, p. 60-70, 2004.
- ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare Enferm.**, v.11, n.1, p. 31-38, 2006.
- ARAÚJO, P. C.; BOTTENTUIT JUNIOR, J. B. O aplicativo de comunicação Whatsapp como estratégia no ensino de Filosofia. **Temática**, v. 11, n.2, p. 11- 23, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 49-84.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção Hermenêutica de saúde. **Rev. de saúde coletiva**, v.17, p.43-62, 2007.

BARBOSA, D. Importância da pesquisa clínica para a prática na área de saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 1, 2010.

BARROS, L. A.; VERÍSSIMO, R. C. S. S. Uso do partograma em maternidades escola de alagoas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 550-560, 2011.

BESSA, L.F.; MAMEDE, M.V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, 2010.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco de fragilidade.** Tese (Doutorado), 197 f. - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.

BERGOLD, L. B.; LIMA, R.; ALVIM, N. A. T. Encontro musical: estratégia de cuidado de enfermagem em quimioterapia para discutir adoecimento/morte. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 758-763, 2012.

BOHN, M. L. S., et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. **Cienc. Cuid. Saude**, v.14, n.2, p.1004-1010, 2015.

BORGES, E. L. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidência, 305f. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 16p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998.** Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distocia realizado 19 por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998. Seção I, p.47.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MSn.985, de 05 de agosto de 1999.** Institui o Centro de Parto Normal –CPN no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH)**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 1.067/GMS, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON). Brasília, DF: 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 abr. 2005b.

_____. Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil** / organização Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. – Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 4.279/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.459 de 24 de junho de 2011**, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011a.

_____. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Sistema de Informações de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Proporção de Partos Cesáreos. 2006-2011**; 2012a.

_____. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovação das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

_____. **Portaria MS/GM nº 11, DE 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de recomendação. CONITEC, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.7, n.2, p.135-149, 1991.

BROZEK, J.L.; AKL, E.A.; ALONSO-COELLO, P., et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. **Allergy**, v. 64, p. 669-677, 2009.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, p. 155-159, 2010.

BRUM, M. L. B., et al. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Rev. Enferm, UFSM**, v.5, n.1, p.50-57, 2015.

BUSANELLO, J., et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.1, p.169-175, 2011.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n.3, p. 648-655, 2013.

CARDOSO, J.E; BARBOSA, R.H. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 35-51, 2012.

CARDOSO, P. M.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, Percepção de mães sobre o atendimento prestado a seus filhos por acadêmicos da 11ª fase em um ambulatório de pediatria. **ACM arq. catarin. Med.**, v.36, n.3, p. 42-51, 2007.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, p.219-26, 2012.

CASTANHEIRA, A. M.; CERONI, M. R. Reflexões sobre o processo de avaliar docente contribuindo com sua formação. **Avaliação, Campinas; Sorocaba**, SP, v. 12, n. 4, p. 719-737, 2007.

CATUNDA, H. L. O. **Construção e validação de protocolo para utilização de pessário vaginal**. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 132f., 2016.

CAUS, E. C. M., et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstetra no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery[online]**. v.16, n.1, p.34-40, 2012.

CORREIA, M.C.B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 30-36, 2009.

CÔRTEZ, C. T., et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 5, p.716-725, 2015.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n.3, p, 415-422, 2005.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N, S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.4, p. 690-697, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 75, p. 5-23, 2001.

Da SILVA, A. C.. V.; et al. **Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 615-626, 2005.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 33-48.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 669-705, 2005.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. **Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação**. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 351- 370.

DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n.3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, C. S. G., et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.140-153, 2014.

D'ORSI, E., et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Bras**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

EL DIB, R. P.; ATALLAH, A. N. Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews. **Sao Paulo Med J**. v. 124, n. 2, p.51-54, 2006.

ENDERLE, C. F., et al. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.2, p. 287-294, 2012.

FAÚNDES, A; CECATTI, J.G. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, 1991.

FARIA, H.; et al. **Processo de trabalho em saúde** - 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FASSINI, E.; MACHADO, N. G.; SCHULTZ, G. Identidade e pertencimento: a dinâmica social de um grupo de mulheres no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, v. 41, p. 405-433, 2013.

FELIX, G.F, **Protocolo de orientação para autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 130f., 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Míni Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8 ed. Editora Positivo, 2014.

FIGUEIREDO, M. S., et al. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública. **J. res.: fundam. care**. Online. v. 7. n. 3, p. 2697-2706, 2015.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.

GALLO, R. B. S., et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, v.39, n.1, 2011

GARCEZ, A.; DUARTE, R.; EISENBERG, Z. Produção e análise de vídeogravações em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n.2, p. 249-262, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa** - 5. ed. - São Paulo : Atlas, 2010.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 15, n.1, p.255-268, 2010.

GRAMACHO, R. de C. C. V.; et al. **Protocolo assistencial da enfermeira obstetra no estado da Bahia**. Revisado e aprovado pela Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. ABENFO/COREN Bahia. Salvador, 2014.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 1, p.107-114, 2006.

GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J.; SHEHMAR M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 5, 2012.

HODNETT, E. D., et al. A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. **Birth**, v. 16, p. 177-183, 1989.

HODNETT, E. D., et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 7. Art. No. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5. 2013.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11, n.1, p.188-193,2009.

HOOSHMAND, M. S. **Parteiras de regência, ES: o múltiplos sentidos do ato de partejar**.2004, 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2004.

ILLICH I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.487-497,2011.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Mangueiras, v. 8, n.1, 2001.

LAWRENCE. A., et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013.

LEAL, M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública[Internet]**. v. 30, n. 1, p. 1-16, 2014.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.12, n.2, p. 386-391, 2010.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**., v.12, n.4, p.871-877, 2007.

MALHEIROS, P. A., et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.329-337, 2012.

MARQUES, D.K.A **Construção e validação de um instrumento para a implementação do processo de enfermagem em escolares hospitalizados**. 2015. 137f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

McDONALD, S. J.; et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 7. Art. No. CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3. 2013.

MEDEIROS, R. M. K., et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v.69, n.6, p.1091-1098, 2016.

MEGA, T. P., et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. **Rev. Elet. Gestão & Saúde**, v.6, n.4, p. 3275-3285, 2015.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. **Rev. Latino-Americana de Enferm**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL, 1997, p. 71-112.

MILBRATH, V. M., et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 462-467, 2010 .

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 407p. 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**, 29. Ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOLIN, R. S. **O exercício da atividade da enfermagem obstétrica: análise do discurso médico no Rio Grande do Sul**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 128f., 2008.

MONTEIRO, A. I., et al. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 426-431, 2011.

MONTICELLI, M., et al. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos: the academic view. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 1, p. 25-35, 2010.

MORAES, J. L. **Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação**. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 104f., 2013.

MORAES, M. S. T., et al. Aplicabilidade de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor em parturientes: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**. v. 4, n. spe, p. 131-136, 2010.

MORAES, M.S.; GOLDENBERG P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, p.17, v.5, p.9-19, 2001.

MOTTA, S. A. F., et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v.10, n.2, p. 593-599, 2016.

MOTT, M. L. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cad. de Pesquisa**, n. 108, p.133-160, 1999.

MOURA, F. M. J. S. P., et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.** [online], v.60, n.4, p.452-455, 2007.

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p.247-256, p.2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-25, 2011.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p.1059-1068, 2013.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010 .

OSAVA, R.H.; TANAKA, A. C. D. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

OSAVA, R.H; RIESCO, M.L.G; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. Bras. de Enferm.** v.59, n.5, p.-699-702, 2006.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p.25-32, 1998.

OSÓRIO, S. M. B.; JÚNIOR, L. G. S.; NICOLAU, A. I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev Rene**. v. 15, n. 1, p. 174-184, 2014.

PAES, G. O. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde**. 2011. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, 2011.

PAES, G. O. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.18, n.2, p.303-310, 2014.

PAIM, J.S. **Atenção à saúde no Brasil**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, L; TRENTINI, M. A. pesquisa convergente assistencial em seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Morin. 2014. p.17-29.

PASCHE, D.F., et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, 2014.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 4541-4548, 2011.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1053-1064, 2015.

PEDROLO, E., et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 760-763, 2009.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2011.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.1, p.119-124, 2008.

PIMENTA, C. A. M., et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2014.

PIVOTO, F. L., et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.5, p. 665-670, 2010.

PROGIANTI, J. M.; PORFÍRIO, A. B. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n.3, p. 443-450, 2012.

QUITETE, J.B. **Atribuindo significados as enfermeiras obstétricas: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico**. 2015, 142f. Tese

(Dourado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, 2010.

RAMOS, M. C. A., et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, 2015 .

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.5, n.13, p.759-768, 2009.

RATTNER, D. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus Actas de Saúde Coletiva- UNB**. p. 215- 228, 2010.

REBELLO, M. T. M. P.; NETO, J. F. R. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v.36, n.2, p.188-197, 2012.

REGO, S.; KOIFMAN, L. Educação Médica e justiça: um desafio para o século 21. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 201-202, 2007 .

REIS, C. S. C., et al. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.1, p.7-11, 2014.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 4, p.350-355, 2010.

RIESCO, M.L.G; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estud. Fem.** v.10, n.2, pp.449-459, 2002.

RIESCO, M.L.G, et al. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrizes formadas pela Universidade de São Paulo. **Cad. de História da Ciência - Instituto Butantan**, v.7, n.2, 2011.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Bras. de educ. médica**. v.33, n.2, p-253-261, 2009.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. **Humanização e humanidades em medicina**: a formação médica na cultura contemporânea. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

ROCHA, P. M., et al. Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** v. 30, n. 2, p. 94-101, 2004.

ROCHA, I. M. S., et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n.4, p.880-888, 2009.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **FEMINA**, v.38, n.3, p.119-126, 2010.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.5, p.1041-1047, 2011.

ROESE, A et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n.3, p. 1-7, 2006.

ROSA, R., et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010.

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N.; ROBERTSON, P. Clinical practice guideline development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol. Head neck surg., Rochester**, v. 148, n.1, p. 1-55, 2013.

SALGADO, H.O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SAMPAIO, M. R. F. B., et al. Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstetra no parto e nascimento. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.2, p.72-76, 2014.

SANDALL, J. S. H., et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 15, n. 9, 2015.

SANTOS, L. M., et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **R. Enferm. UFSM**, n. 1, n.2, p. 225-237, 2011a.

SANTOS, et al. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Rev. Esc. Enferm, USP**, n.45, v.4, p. 966-973, 2011b.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME – Rev. Min. Enferm.** v. 15, n.3, p.453-458, 2011.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.202-207, 2014.

SATO, M. E. **A construção do acolhimento através da arte no processo ativo de humanização dentro da lógica de trabalho de uma unidade de Saúde da Família**. Dissertação (mestrado), 182f. –Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Medicina Preventiva, 2014.

SCHWEITZER, G. **Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma**. 2010. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Quando o ‘êxito técnico’ se recobre de ‘sucesso prático’: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.16, n.7, p.3041-3042, 2011.

SELHORST, I. S. B.; BUB, M. B. C.; GIRONDI, J. B. R. Protocolo de acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. **Rev. bras. enferm.** [online]., v. 67, n.4, p.575-580, 2014.

SEMINOTTI, N.; CARDOSO, C. As configurações vinculares no pequeno grupo potencializando e/ou limitando seu processo. **Vínculo [online].**, v.4, n.4, p. 26-37, 2007.

SERRUYA, S.J. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 531-35, 2012.

SILVA, F. F. A., et al. Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care.** , v. 6, n.1, p.282-292, 2014.

SILVA, K. M.; MONTEIRO, N. F.; PINTO, J. H. P. Humanização em Saúde: Relação Entre os Profissionais de Saúde. **Revista Ciências em Saúde**, n. 2, v. 6, 2016.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 17, n. 1, p.126-135, 2007.

SILVEIRA, L. C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 3, p.548 – 554, 2013.

SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESCK, Z. M. R. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. **REME- Rev Min Enferm.**, v. 20, v. e942, p. 1-5, 2016.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n. 1, p.82-89, 2007.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc. Cuid, Saúde**, v. 11, p. 115-120, 2012.

SOUZA, T. G, GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n.3, p.479-86, 2011.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais- aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n.3, p. 264-293, 2014.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. Experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n.1, p. 1-9, 2016.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 409- 417, 2006.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1039-1047, 2003.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 9, n.1, p.63-78, 2000.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 11, n.2, p. 156-160, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde** Porto Alegre: Morin. 2014.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: Trentini, M.; Paim, L.; Silva, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Morin. 2014. p.31-61.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TSUJI, I. Y., et al. Medicina Baseada em Evidências: Instrumento para Educação Médica Permanente entre Psiquiatras? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.2, p.284-289, 2010.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev.de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, J. M. B. **Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em unidade de Terapia Intensiva** . Tese de Doutorado, 342 f. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, 2014.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.67-78.

XAVIER, L. N., et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **S A N A R E, Sobral**, v. 13, n.1, p.76-83, 2014.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

WANI, S. A.; et al. Efficacy of communication amongst staff members at plastic and reconstructive surgery section using smartphone and mobile WhatsApp. **Indian J Plast Surg**, v. 46, p. 502-505, 2013.

WEI, C. Y., et al. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n. 3, p. 468-474, 2012.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; JUNIOR, H. P. O. S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA H. P.; CAMPOS, K. F. P. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84 p.

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery [online]**. v.16, n.2, p.363-370, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe motherhood – care in normal birth**: a practical guide. Genebra: WHO/FHE/MSM, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro entrevistas abertas com as EO.

Questão Norteadora

Enfermeira: _____

Data: _____

Duração: _____

Conte-me como seu deu o processo de elaboração e implementação do protocolo assistencial de enfermagem? Quais os significados atribuídos durante este processo?

Quais suas contribuições/ influências (positivas ou negativas) para a assistência da enfermagem obstétrica no setor?

Check List

- Significados atribuídos no processo de elaboração
- Influências do processo de elaboração do protocolo na prática assistencial
- Significados atribuídos no processo de implementação
- Influências do protocolo na prática assistencial
- Contribuições para a assistência de enfermagem.

APÊNDICE B- Roteiro de observação.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO
Objetivo: Conhecer o contexto assistencial da unidade de PPP. Identificar como é prestada a assistência ali oferecida, e se esta prática mostra-se influenciada pelo movimento ocorrido no processo de elaboração do protocolo assistencial elaborado e encaminhado para a gestão da EBSEH. Reconhecer as barreiras e dificuldade para a sua implementação. Data da observação: ____/____/____ Enfermeira: _____
Caracterização Situação observada Duração Pessoas presentes
Questões orientadoras da observação 1. Ambiental/ Comportamental: - Postura assumida pelas enfermeiras em relação ao espaço; - Inter-relação estabelecida entre as enfermeiras para implementação da prática assistencial; - Linguagem verbal e não-verbal entre equipe e com as usuárias; - Relacionamento entre os profissionais (enfermeiras, médicos, residentes, internos, técnicos de enfermagem, entre outros); - Relacionamento entre profissional/usuárias; -Relacionamento entre profissional/observador; - Modificações na espacialidade durante a observação. 2. Práticas desenvolvidas: -Profissionais que realizam; -Como são realizadas; -Práticas realizadas em conformidade com o protocolo; -Problemas para a implementação do protocolo; -Condições existentes para implementação das práticas: infra-estrutura, recursos humanos e materiais.

APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido I.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
GRUPO ARGOS DE PESQUISA – SUBGRUPO GERAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Áurea Christina de Paula Corrêa, enfermeira, pesquisadora líder do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso – FAEN/UFMT; e Ana Beatriz Nicolini, enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da FAEN/UFMT vimos convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem”. O objetivo do estudo é analisar o significado do processo de desenvolvimento, criação e implementação de protocolos para a assistência de enfermagem prestada na unidade de Parto/Pré-parto/Pós-parto do HUJM (PPP/HUJM), pelas enfermeiras do setor, com vistas à humanização da assistência ao parto e nascimento. Sua participação consistirá em participar de encontros periódicos para socialização e reflexão sobre publicações científicas que abordem boas práticas de atenção ao parto e nascimento e construção coletiva de um protocolo para atuação no PPP-HUJM. Se você consentir os encontros serão gravados e filmados. Sua participação não implicará em riscos, apenas desconfortos mínimos da dedicação de seu tempo. Com sua participação você irá contribuir com a produção de conhecimento sobre as boas práticas de atenção ao parto e na construção de um protocolo para atuação das EO no PPP-HUJM, com isso, colaborar para a qualificação da assistência no setor. Os dados relacionados à sua identificação serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante a pesquisa e na divulgação da mesma. Caso aceite fazer parte deste estudo, assine, ao final este documento, em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada. Além disso, em qualquer momento, você poderá solicitar sua exclusão da pesquisa e, se desejar obter maiores informações, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (65) 8111.0807, e-mail: aureaufmt@gmail.com ou através do Comitê de Ética do Hospital Universitário Julio Muller pelo telefone (65) 3615-8254.

Eu _____,
portador do RG Nº _____, tel () _____ - _____ declaro que, após ter recebido as informações e esclarecido as dúvidas, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, ACEITO participar do estudo e AUTORIZO, a realização de fotos/filmagens que se façam necessárias, para fins científicos e de estudos.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Cuiabá, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE D- Termo de consentimento livre esclarecido II.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
GRUPO ARGOS DE PESQUISA – SUBGRUPO GERAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Áurea Christina de Paula Corrêa, enfermeira, pesquisadora líder do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso – FAEN/UFMT; e Ana Beatriz Nicolini, enfermeira, mestrande do Programa de Mestrado em Enfermagem da FAEN/UFMT vimos convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem”. O objetivo do estudo é analisar o processo de elaboração, criação e implementação de protocolos para a assistência de enfermagem prestada em uma unidade de PPP de um hospital universitário do município de Cuiabá-MT com vistas à humanização da assistência ao parto e nascimento. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais a respeito do processo de elaboração e implementação do protocolo assistencial da unidade de PPP-HUJM e mediante observação participante no setor. Se você consentir as entrevistas serão gravadas e, caso haja necessidade, aprofundadas em encontros posteriores. Sua participação não implicará em riscos, apenas desconfortos mínimos da dedicação de seu tempo. Com sua participação você irá contribuir com a produção de conhecimento sobre as boas práticas de atenção ao parto e colaborar para a qualificação da assistência no setor. Os dados relacionados à sua identificação serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante a pesquisa e na divulgação da mesma. Caso aceite fazer parte deste estudo, assine, ao final este documento, em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada. Além disso, em qualquer momento, você poderá solicitar sua exclusão da pesquisa e, se desejar obter maiores informações, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (65) 8111.0807, e-mail: aureaufmt@gmail.com ou através do Comitê de Ética do Hospital Universitário Julio Muller pelo telefone (65) 3615-8254.

Eu _____,
 Portador do RG Nº _____, tel () _____ - _____ declaro que, após ter recebido as informações e esclarecido as dúvidas, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, ACEITO participar do estudo e AUTORIZO, a realização de fotos/filmagens que se façam necessárias, para fins científicos e de estudos.
 Assinatura do Participante: _____
 Assinatura do Pesquisador: _____

Cuiabá, _____ de _____ de 2016.

ANEXO

ANEXO A- Parecer substanciado Comitê de Ética em Pesquisa.

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER- UNIVERSIDADE FEDERAL DE	
---	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Pesquisador: Auresa Christina de Paula Corêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43613415.8.0000.5541

Instituição Proponente: Hospital Universitário Júlio Muller-MT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.302.939

Apresentação do Projeto:

Estudo relevante que trata de um projeto de pesquisa-intervenção a ser desenvolvido no Setor de Pré-parto/Parto/Pos-parto (PPP) do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) com a colaboração/participação das enfermeiras obstétricas atuantes naquele setor. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa a ser realizada junto as enfermeiras obstétricas e as mulheres atendidas no PPP-HUJM durante o período de realização do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência de enfermagem implementada no Centro Obstétrico (unidade de Pré-parto/parto/posparto) do Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal de Mato Grosso, com vistas a desenvolver um protocolo assistencial voltado a humanização do parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Analisar o significado do processo de desenvolvimento, criação e implementação de protocolos para a assistência de enfermagem prestada no Centro Obstétrico do HUJM, pelas enfermeiras do setor, com vistas a humanização da assistência ao parto e nascimento.
- Avaliar a eficácia, eficiência e a efetividade dos protocolos desenvolvidos para a assistência de enfermagem prestada no Centro Obstétrico do HUJM, pelas enfermeiras do setor, com vistas a

Endereço: Rua Luís Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alameda
UF: MT Município: CUIABÁ
Telefone: (65)3615-7254

CEP: 75.045-902

E-mail: shirleyb@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.302.808

Outros	a_pos_graduacao.pdf	10:11:05	Paula Corêa	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_CONSUBSTANCIADO_DO_CEP.pdf	27/10/2015 10:05:17	Aurea Christina de Paula Corêa	Aceito
Outros	Questionario_coleta_de_dados_pacientes.pdf	26/10/2015 10:17:29	Aurea Christina de Paula Corêa	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_enfermeiras.pdf	26/10/2015 10:17:04	Aurea Christina de Paula Corêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PACIENTES.pdf	26/10/2015 10:15:14	Aurea Christina de Paula Corêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_ENFERMEIRAS.pdf	26/10/2015 10:15:03	Aurea Christina de Paula Corêa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_493901.pdf	06/04/2015 12:04:20		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	06/04/2015 12:03:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO HUJM.pdf	06/04/2015 12:02:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUJM.pdf	06/04/2015 11:07:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABÁ, 29 de Outubro de 2015

Assinado por:

SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Luís Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-802

UF: MT

Município: CUIABÁ

Telefone: (65)3515-7254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br