

A Pesquisa Convergente Assistencial como Estímulo para a Consolidação da Humanização da Assistência de Enfermagem ao Parto

The Convergent Assistance Research - Stimulus for the Consolidation of Humanization of Childbirth Nursing Assistance

AUREA CHRISTINA DE PAULA CORRÊA
Professora, PhD, Universidade do Estado do Mato Grosso

ANA BEATRIZ NICOLINI
Professora, Mestre em Ciências de Enfermagem, Universidade do Estado do Mato Grosso

RENATA MARIEN KNUPP MEDEIROS
Professora, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Universidade do Estado do Mato Grosso

ALINE SPANIVELLO ALVARES
Professora, Mestre em Ciências de Enfermagem; Universidade Cuiabá

JEANE CRISTINA ANSCHAU DE OLIVEIRA FRAGA
Enfermeira, Doutoranda em Ciências de Enfermagem na Universidade do Estado do Mato Grosso

LUANNA DE ARRUDA E SILVA
Professora, Mestranda em Ciências de Enfermagem na Universidade do Estado do Mato Grosso

Este estudo teve por objetivo refletir sobre o uso do Grupo de Convergência (GC) como ferramenta motivadora para consolidação de práticas assistenciais humanizadas da enfermagem durante o processo de parir. O quadro teórico relata o surgimento da enfermagem obstétrica no Brasil e apresenta a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como metodologia para construção de ferramentas para consolidação de práticas assistenciais em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza Convergente-Assistencial, realizado em uma Unidade de Pré-parto/Parto/Puerpério (PPP) de um hospital federal universitário, localizado na região centro-oeste do Brasil. A colheita de dados foi obtida por meio da utilização do tripé da PCA (Grupo de convergência; Entrevista Conversação e Observação Participante). Os sujeitos do estudo foram seis Enfermeiras Obstetras (EO) a exercer funções na unidade de PPP. A análise foi realizada com base na proposta de Trentini e Paim (2014), que se concretiza em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados apontam que a PCA, por meio das reflexões proporcionadas pelos GC, realizados para a elaboração de uma ferramenta com o intuito de subsidiar a prática assistencial das EO, proporcionou a integração e uniformidade das práticas e condutas assistenciais entre a equipe; o quadro institucional e jurídico para realização de tais práticas; contribuiu para o empoderamento das EO; estimulou o exercício da autonomia dessas profissionais e influenciou o início da incorporação de novas práticas (baseada nas evidências científicas atuais), fortalecendo as práticas humanizadas de assistência de enfermagem ao processo do trabalho de parto. Portanto, considera-se que a construção coletiva de uma ferramenta para a assistência da enfermagem ao parto, propiciado pelos GC, se traduziu em uma potencial estratégia para a consolidação da assistência de enfermagem humanizada ao parto.

Palavras-chave: enfermagem, obstetrícia, parto, nascimento, humanização, pesquisa convergente assistencial.

This study aimed to reflect on the use of the Convergence Group (CG) as a motivating tool to consolidate humanized nursing care practices during the parturition process. The theoretical framework reports on the emergence of obstetric nursing in Brazil and presents the Convergent Care Research (PCA) as a methodology for building tools to consolidate health care practices. This is a qualitative Convergent-Careful study, carried out in a Preterm / Parturition / Puerperium Unit (PPP) of a federal university hospital, located in the central-western region of Brazil. The data collection was obtained through the use of the tripod of the PCA (Convergence Group; Interview Conversation and Participating Observation). The subjects of the study were all (six) Obstetrician Nurses (EO) acting in the PPP unit. The analysis was based on the proposal of the authors Trentini and Paim (2014), which consists of four generic processes: apprehension, synthesis, theorization and transference. The results point out that the PCA, through the reflections provided by the CG, carried out for the elaboration of a tool with the purpose of subsidizing the assistance practice of the EO, provided the integration and uniformity of practices and behaviors among the staff; Institutional and legal support for such practices; Contributed to the empowerment of EO; Stimulated the exercise of the autonomy of these professionals and influenced the beginning of the incorporation of new practices (based on current scientific evidence), strengthening the humanized practices of nursing care to the process of parturition. Therefore, it is considered that the collective construction of a tool for nursing care at delivery, provided by the CG, translated into a potential strategy for the consolidation of humanized nursing care at childbirth.

Keywords: nursing, obstetrics, childbirth, birth, humanization, convergent care research.

INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, o parto normal, que se conformava como um evento natural, passou a sofrer transformações decorrentes de sua institucionalização, uma vez que assumiu o status de evento patológico. Neste contexto, a mulher perdeu paulatinamente o papel de protagonista da assistência, passando a ser considerada objeto dela (Bessa & Mamede, 2010), processo este denominado como medicalização do corpo feminino.

Este processo tem como essência a compreensão de que o corpo da mulher se conforma como um desvio do corpo masculino, associado a ideia de uma máquina defeituosa e imprevisível, que necessita ser “reparada” por meio de intervenções do profissional médico. Nesta perspectiva o parto passou a ser concebido um momento extremo em que essa máquina requer 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 trabalho de parto e parto (Griboski & Guilbem, 2006; Sodr e & Lacerda, 2007).

Esta forma de condu o do parto pode determinar o estabelecimento de uma rela o hier rquica, na qual a mulher   tratada como um objeto de interven o, e n o como sujeito das suas pr prias a oes e decis es relativas a seu corpo (Aguiar & D’Oliveira, 2011).

Neste modelo de atenção, a prática assistencial dos profissionais de saúde está amparada no uso de tecnologias e intervenções, que buscam diagnósticos e tratamentos para o corpo exterior (Davis-Floyd, 2001). Tal prática tende a restringir a postura ativa das mulheres, fato que contraria as evidências científicas que apontam os benefícios da liberdade de posições e a livre movimentação durante o trabalho de parto.

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 (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).

Esta pesquisa também aponta outro fator preocupante em relação à assistência ao parto e nascimento, que diz respeito aos altos índices de realização de cesarianas sem justificativas obstétricas (Leal, et al., 2014; Serruya, 2012). No Brasil, os índices de cesarianas apresentaram um aumento contínuo desde meados da década de 1990. De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde Brasileiro (MS), o percentual desses partos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no ano de 2011, foi de 53,88% (Brasil, 2012), em relação ao total de partos.

Relação equivalente foi observada, em 2011, no estado de Mato Grosso (57,56%), sendo que em sua capital, o município de Cuiabá, o percentual foi ainda maior (61,49%) (Brasil, 2012). Valor muito superior ao aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda que a taxa de parto cesáreo não ultrapasse 10 a 15% do total de partos realizados em serviços de saúde (World Health Organization, 1996).

O uso abusivo de tecnologias durante o trabalho de parto e parto levou a comunidade científica mundial a questioná-las e a partir de profundas reflexões a OMS propôs, em 1996, uma classificação, elaborada com base em evidências científicas, para o uso de tecnologias na atenção ao parto e nascimento. A classificação estabelece quatro grupos de práticas:

- 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.

Com base nas recomendações da OMS o MS Brasileiro propôs a efetivação de mudanças na assistência ao parto e nascimento, com vistas a resgatar o parto natural. Dentre estas proposições, destaca-se o reconhecimento do enfermeiro obstetra como profissional qualificado e próximo para a implementação da assistência à gestação e ao parto de baixo risco (parto normal sem distocia), o que ocorreu por meio da edição da Portaria Nº 2.815 de 1998 do Ministério da Saúde Brasileiro (Brasil, 1998).

Neste contexto, foi realizado um estudo que teve como objeto os processos de elaboração e implementação de um protocolo de enfermagem voltado para a assistência

ao parto de baixo risco, desenvolvido por pesquisadoras do Grupo de Pesquisa Projeto Argos-Generar, da Universidade Federal de Mato Grosso (certificado pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq), em conjunto com Enfermeiras Obstetras (EO) que prestam cuidados em uma Unidade de Pré-Parto/ Parto/ Puerpério (Unidade de PPP) de um Hospital Universitário do município de Cuiabá-Mato Grosso - Brasil.

Esta ferramenta assistencial foi elaborada a partir da implementação de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que envolveu um grupo de pesquisadoras e as enfermeiras daquela Unidade. A PCA (Trentini & Paim, 1999) é um método de pesquisa que possibilita a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial, assegurando a participação dos sujeitos envolvidos na prática, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento.

A utilização desta metodologia proporcionou o envolvimento e inserção das EO no processo de criação do protocolo assistencial, que ocorreu de forma colaborativa, favorecendo o processo de implantação deste protocolo, uma vez que as EO relatam mudanças em suas práticas desde o momento que iniciaram sua criação.

Este manuscrito teve como objetivo refletir sobre o uso de grupos de convergência como ferramentas motivadoras para a homogeneização e consolidação de práticas assistenciais humanizadas da enfermagem, durante o processo de cuidar nos momentos de pré-parto/ parto/ pós-parto e nascimento.

PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL X A CONSOLIDAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

A Pesquisa Convergente Assistencial conforma-se como uma modalidade de pesquisa de campo que propõe o estabelecimento de estreita relação entre pesquisadores e os sujeitos que atuam diretamente na prática assistencial. Este tipo de estudo visa o desenvolvimento de 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 (Paim & Trentini, 2014).

A PCA foi idealizada e proposta pelas pesquisadoras brasileiras Mercedes Trentini e Lygia Paim, em 1999, objetivando desenvolver uma nova abordagem de pesquisa que orientasse a convergência entre a pesquisa e a prática cotidiana de enfermagem (Trentini & Beltrame, 2006).

Com a implementação da PCA o profissional tem a oportunidade de realizar tanto atividades assistenciais, quanto as relacionadas à pesquisa, havendo uma junção das ações de assistência com as de pesquisa em um mesmo local e ao mesmo tempo (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).

Esta justaposição suscita mudanças e inovações na prática assistencial em saúde, ao proporcionar um retorno imediato aos sujeitos envolvidos, relativo às questões em tela no processo, uma vez que o pesquisador alicerça sua prática em conformidade com as demandas e necessidades percebidas no decorrer do estudo (Trentini, 2014).

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

No que diz respeito ao desenvolvimento de uma PCA no contexto da Unidade de PPP, com vistas ao desenvolvimento de um protocolo assistencial, exigiu das pesquisadoras a imersão no contexto hospitalar onde a Unidade está inserida e, especificamente, na Unidade de Parto/ Pré-parto e Pós-parto. Tal imersão favoreceu a compreensão da organização da Unidade e das práticas assistenciais ali implementadas.

Segundo Trentini e Beltrame (2006), para o delineamento de uma PCA alguns indicadores de identidade deste tipo de pesquisa devem ser seguidos pelo pesquisador para assegurar a clareza e a coerência metodológica, são eles:

“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), deve ser implementado em quatro fases: a de concepção, a de instrumentação, a de perscrutação e a de análise. Estas etapas devem ser realizadas de forma sequencial e inter-relacionada.

A primeira fase – a de **concepção** - é a que dá origem ao estudo, e emerge da prática

profissional do pesquisador. Esta 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 deve ser realizada a revisão de literatura, além da determinação do referencial teórico (Trentini, 2014).

Neste estudo a necessidade da intervenção emanou do próprio grupo de EO(s) que buscou por membros do Grupo de Pesquisa e relatou a necessidade de elaborar 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 com vistas ao desenvolvimento do Protocolo da Unidade, o grupo de EO(s) mostrou-se motivado, e disposto a participar.

A segunda fase, denominada como - **instrumentação** - consiste na definição dos procedimentos metodológicos a serem implementados na pesquisa, a delimitação do espaço físico e dos participantes, a definição de estratégias para adesão e participação, determinação de métodos e técnicas para a obtenção das informações e da maneira como devem ser registradas. Neste momento deve ocorrer 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 a pesquisa e a assistência (Trentini, 2014).

Na fase de **perscrutação** são estabelecidas as estratégias de refinamento para a obtenção das informações. 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 “(Trentini, 2014, p.46). A PCA sugere alguns métodos para obtenção dos dados tais como entrevistas, observação e discussões em grupo.

A última fase é a de **análise**, momento em que deve ser realizada a interpretação das informações obtidas. A análise dos dados consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Na PCA, devido a convergência entre as atividades de investigação e a prática assistencial, a análise é de alta complexidade, porque o conteúdo recolhido pode incluir os mais variados tipos de informações que se mostram úteis tanto para a pesquisa, quanto para a assistência (Trentini, 2014).

Considerando o fato de que, segundo suas criadoras, a PCA suscita mudanças e inovações na prática assistencial em função do pesquisador alicerçar suas ações em conformidade com as demandas e necessidades percebidas no decorrer do estudo (Trentini, 2014), nesta pesquisa, buscou-se tal transformação no contexto da assistência prestada em uma Unidade de PPP, por meio da elaboração conjunta do protocolo para assistência de enfermagem ao parto de baixo risco.

Para Koifman (2001), o atual modelo de atenção à saúde dominante concebe o corpo humano como uma máquina complexa, com partes que se inter-relacionam e que obedecem a leis naturais e psicologicamente perfeitas. Para este autor, este 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.

Neste contexto, Davis-Floyd (2001) considera que os hospitais/maternidades são concebidos como fábricas de nascimento, o corpo da mãe é compreendido como uma

máquina e o bebê o resultado de um processo industrial. Nestes espaços os profissionais realizam inúmeras intervenções no corpo feminino com o intuito de controlá-lo, visando alcançar a denominada normalidade.

Na atualidade, as críticas a esta forma de conceber a assistência ao pré-natal, parto e puerpério apontam para a necessidade de incorporar a essas práticas tecnologias leves que, conforme Merhy (1997), implicam no estabelecimento de relações entre profissionais da área da saúde e sujeitos de seu trabalho, e podem se concretizar através da comunicação, do acolhimento e do vínculo.

Para Andrade & Lima (2014), as tecnologias leves devem sobrepor todas as outras, mesmo em situações de desvios importantes da normalidade. Nas situações, em que o uso de tecnologias leve-duras¹ e duras² são necessárias e benéficas, essas não devem ser priorizadas em detrimento das tecnologias leves em que o apoio, o cuidado, o diálogo e a observação direta podem potencializar os seus benefícios (Andrade & Lima, 2014).

No entanto, no atual modelo de cuidado à saúde 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. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas nas práticas de saúde (Brasil, 2001).

No sentido de reverter tal panorama emergiu o movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento, orientado pela própria OMS. Para Casate e Corrêa (2012) a humanização diz respeito à construção de mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, de forma a promover melhorias no cuidado e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, valorizando aspectos subjetivos e as dimensões sociais.

A humanização implica em 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 de trabalho de parto. 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 parto e o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família.

Para a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2008a), humanizar a assistência à mulher em trabalho de parto e parto requer colocar a mulher em uma posição de destaque, como protagonista deste momento, valorizar seu corpo e sua função social e respeitar seus anseios e desejos (Brasil, 2008a). A proposta de humanização da assistência contrapõe-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 de parir.

Com a finalidade de estruturar e reorganizar a atenção à saúde materna e infantil foi editada a Portaria nº 1.459 de 2011 (do Ministério da Saúde Brasileiro) que instituiu, como política prioritária, a Rede Cegonha definida como uma rede de cuidados que assegura

1 Tecnologias leves-duras: relacionam-se 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 (Merhy, 1997).

2 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 (Merhy, 1997).

à mãe um planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez e seus 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, 2011).

Especificamente no que diz respeito ao trabalho de parto/parto e nascimento, para que ocorra a humanização da assistência é preciso 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 o respeito à autonomia da mulher; o incentivo à presença de um acompanhante de sua escolha; o esclarecimento às mulheres sobre todos os procedimentos a que serão submetidas e o respeito a seus direitos de cidadania (Dias & Domingues, 2005).

A Rede Cegonha indica que os partos de baixo risco sejam acompanhados por EO(s), visando com isso contribuir para a concretização de mudanças nas práticas e rotinas institucionais. Uma vez que tais profissionais adotam abordagens diferenciadas na condução do trabalho de parto, por se encontrarem inseridas num contexto de humanização da assistência (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).

O MS propõe iniciativas como a criação e uso de protocolos para conjugar 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 sugerem a implementação de um saber agir diferente, que considera, além da condição clínica, os desejos e as necessidades dos sujeitos, para o estabelecimento da decisão clínica.

Protocolos são recomendações sistemáticas utilizadas para auxiliar no manejo de um problema de saúde ou em circunstâncias clínicas específicas. São desenvolvidos, preferencialmente, a partir de evidências científicas atuais, e considerados importantes ferramentas para atualização na área da saúde, na medida que contribuem para a redução da variação inapropriada na prática assistencial (Brasil, 2008b).

Frente ao exposto, considera-se que a PCA se configurou, neste estudo, para além de uma metodologia de pesquisa, conformando-se como ferramenta fundamental para a homogeneização e consolidação das práticas assistenciais implementadas pela enfermagem da Unidade de PPP em estudo, com vistas a concretização da humanização da assistência ao parto de baixo risco.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa, que utilizou como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial. Essa pesquisa faz parte do projeto matricial “Humanização da assistência ao parto: uma proposta a ser construída pela enfermagem”, que teve como finalidade elaborar um protocolo assistencial para a assistência de enfermagem ao parto de baixo risco.

Esta investigação foi precedida da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43613415.8.0000.5541, parecer nº 1.302.939.

O 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. Os sujeitos do estudo foram todas as EO(s) que prestam cuidados na Unidade (seis). Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo foi utilizada o termo enfermeira, seguida de um número de 1 a 6.

A PCA pressupõe o envolvimento do pesquisador com a prática, articulando o momento da colheita de dados e da prática assistencial de forma simultânea, interferindo na transformação do cuidado. Sob esta lógica, o levantamento dos dados foi realizado em etapas:

1º- Grupos de Convergência (GC) para a construção coletiva do Protocolo Assistencial para partos de baixo risco formado pelas EO(s) - Foram realizados encontros periódicos para socialização e reflexão sobre as publicações científicas selecionadas, que abordam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e sobre as vivências e experiências das EO(s) na assistência ao parto, e ao mesmo tempo o GC configurou-se como estratégia de colheita de dados. Os dados foram obtidos por meio de videofilmações, que foram transcritas, e por meio do uso de diário de campo para registro dos aspectos verbais e não verbais.

2º- Entrevista conversação com as EO(s) - 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 por oportunizar às EO(s) a livre expressão do significado do processo vivenciado por elas e o desejo de alcançar a mudança de práticas para a humanização da assistência. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

3º - Observação participante na Unidade de PPP - Durante o processo de avaliação institucional do protocolo assistencial para partos de baixo risco identificou-se a necessidade de melhor compreender a rotina assistencial da Unidade, com a finalidade de identificar contribuições do processo de elaboração e implementação para a prática assistencial das EO(s). O observador participante se envolve na situação pesquisada de tal maneira que passa a fazer parte da prática assistencial, reconhecendo a forma como ocorrem fenômenos e ao mesmo tempo produzindo mudanças e ou inovações compartilhadas. Os dados foram registrados em um diário de campo (Trentini, 2014).

A análise dos dados ocorreu conforme proposta por Paim e Trentini (2014). A fase de apreensão consistiu no primeiro estágio da análise e teve início ao final da colheita de

dados, com a totalidade do material recolhido transcrito e organizado. Operacionalmente, realizou-se a leitura exaustiva do material a fim de aproximar-se dos dados. Após, os dados foram organizados por codificação, que consiste em marcar trechos das transcrições com símbolos, de maneira que possibilite o rastreamento de ideias semelhantes.

Na etapa de síntese os dados essenciais para a desocultação do fenômeno foram apresentados. Deste modo, realizou-se a releitura do material produzido.

No momento seguinte foi iniciado o processo de teorização com base no quadro teórico proposto. Foram identificadas as principais referências que subsidiariam a discussão dos dados (homogeneização da assistência, quadro das práticas profissionais, autonomia, incorporação de novas práticas com vistas a humanização da assistência de enfermagem obstétrica).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização deste estudo possibilitou a observação da consolidação das práticas assistências de enfermagem humanizadas, processo esse ocorrido a partir da realização dos grupos de convergência, que tiveram como enfoque a construção de um protocolo assistencial baseado na realidade do serviço e nas evidências científicas atuais.

Os protocolos assistenciais de enfermagem favorecem o reconhecimento dos cuidados necessários e o estabelecimento de prioridades na assistência, possibilitando que enfermeiros possam melhor analisar as questões com as quais lidam no cotidiano (Schweitzer, 2010).

Não se trata de instrumento estático, pois no cotidiano dos serviços de saúde podem ser readaptados conforme a necessidade, tanto do profissional quanto do usuário, devendo, portanto, ser compreendido como um “instrumento flexível” e potencialmente aplicável (Paes, 2011). Ademais, conformam-se como estratégias potentes para a introdução de novas formas de implementar a prática, pois oferece direcionalidade no cuidar e pode garantir a continuidade das ações, afim de “padronizar” o cuidado (Werneck, Faria & Campos, 2009).

No entanto, os protocolos assistenciais não devem somente “uniformizar ou padronizar” a assistência a partir da sua implantação, pois na atenção à saúde não existe um padrão que deve ser seguido de forma rígida, uma vez que, não há um modelo (específico) de usuário, visto que este possui especificidades e individualidades, sendo necessária a adoção de referências flexíveis.

Assim sendo, neste estudo, optou-se por utilizar a ideia ou sentido de nivelamento da assistência, colocando-a de modo a igualar e equiparar. Não se trata, portanto, do estabelecimento de uma “forma padronizada de cuidados”, mas de um caminho fundamentado para o desenvolvimento de uma assistência segura e competente.

Neste sentido, para as EO(s) participantes do GC, o protocolo é concebido como uma ferramenta capaz de estabelecer a direcionalidade das ações assistenciais de forma a contextualizar o cuidado individualizado.

“... no processo nós conseguimos nivelar a assistência ... Eu percebi que depois daqueles momentos nós passamos a ter menos conflito ... A gente conseguiu

falar a mesma língua, entende? Então foi muito bom nesse sentido” (Enfermeira 2, entrevista).

“ . . . Durante a construção eu me descobri fazendo coisas diferentes do que era proposto pelas evidências científicas, a tendência agora é que eu me adapte. Então, se eu estava agindo em alguns aspectos, se algumas condutas minhas diferiam do que as evidências afirmam, 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” (Enfermeira 5, entrevista).

A participação nas discussões realizadas nos GC proporcionou a reflexão, pelas EO, da importância da integração e uniformidade das práticas e condutas assistenciais entre a equipe, como relatado no excerto. Uma vez que, a ausência de nivelamento das ações de um serviço de saúde pode colocar a gestante/usuária em uma posição de fragilidade, originando variação nos modos de prestar o cuidado (Werneck, Faria & Campos, 2009).

Desta forma, a manifestação da equipe da Unidade de PPP da necessidade de padronização das condutas pelas EO(s), evidencia a preocupação dessas profissionais em adequar suas práticas de modo a garantir a continuidade do cuidado humanizado, uma vez que, ofertam o cuidado uniforme, porém sem descontextualizar as necessidades da usuária.

“ . . . entre a equipe de enfermagem, eu nos vejo falando uma linguagem mais semelhante, partilhando a tomada de decisão em alguns casos . . . Eu não encaixo a mulher ao protocolo, eu encaixo o protocolo à mulher” (Enfermeira 5, entrevista).

Compreende-se que, apesar dos protocolos serem ferramentas essenciais para a condução da assistência ao trabalho de parto e parto, no que diz respeito ao nivelamento das práticas profissionais, com vistas à humanização da assistência, é necessário que aqueles que os utilizam tenham consciência do direito ao protagonismo da mulher frente ao trabalho de parto e parto. Outros sim, o cuidado integral e individualizado deve ser considerado além dos aspectos clínicos, também os familiares, relacionais, sociais e culturais.

Para além do nivelamento da conduta, a elaboração do protocolo assistencial, o que neste estudo ocorreu por meio de um GC, pode proporcionar quadro técnico-científico e jurídico para atuação das EO(s). Para além, elaboração do protocolo a partir da realização de GC favorece a redução de conflitos entre as categorias profissionais, fato previsto por Peixoto e Brito (2015) no que diz respeito a existência de protocolos assistenciais nos serviços de saúde.

A existência do protocolo favorece a implementação de uma assistência com responsabilidade, competência e segurança, respeitando os preceitos éticos e legais.

“ . . . 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 . . . mas outras, precisamos realmente mudar as condutas, e é preciso deste protocolo . . .” (Enfermeira 1, entrevista).

“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 . . .” (Enfermeira 3, entrevista).

Do ponto de vista das profissionais, a implementação do protocolo promoverá o quadro institucional e jurídico para realização de suas práticas assistenciais. Além disso, cabe ressaltar que a construção coletiva do instrumento por meio das discussões proporcionadas pelo GC, pôde contribuir para o empoderamento das EO, e no estímulo à construção de maior autonomia profissional.

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

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

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

Para as EO(s) o instrumento construído nos GC conformou-se em oportunidade para efetivação da autonomia profissional, assim como, proporcionou a revisão de seus processos de trabalho. Além disso, as participantes desta pesquisa se referem à valorização e legitimidade da prática do grupo frente à implementação e o quadro institucional proporcionado, de modo a viabilizar “um maior espaço” para sua atuação.

A autonomia dos profissionais de enfermagem vai para além da tomada de decisão sobre as suas ações, uma vez que, estes profissionais devem possuir atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso social com o que realmente conhece e domina (Kraemer, Duarte & Kaiser, 2011).

Nos relatos das participantes dos GC observou-se ainda, que essas ansiavam pelo reconhecimento e definição de sua atuação, com vistas a garantir sua autonomia e delimitação do exercício da prática assistencial.

“O momento em que eu vou compartilhar a assistência . . . precisava de uma delimitação (quando o parto deixa de ser de baixo risco e se torna uma distocia). 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).

“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).

Os excertos evidenciam a necessidade de delimitação da atuação dos profissionais

para o parto de baixo risco, de modo a garantir que essa assistência seja realizada pela enfermagem.

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 diversas em relação ao processo assistencial. Neste sentido, os protocolos auxiliam na atenuação de conflitos, uma vez que conduzem o processo de trabalho (Werneck, Faria & Campos, 2009) e a delimitação da atuação de cada categoria profissional.

A construção conjunta, no GC, de uma ferramenta para homogeneização, delimitação e padronização da atuação profissional das EO(s), proporcionou a elas sentimento de pertencimento e autonomia no processo, a medida que este proporciona a oficialização de suas práticas a nível institucional. Vale ressaltar que, antes mesmo de sua implementação pela gestão hospitalar, as práticas já estavam tendo modificação pela equipe.

“... agora a gente começou a colocar no livro o que é (classificação do parto), 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).

“... agora nos questionamentos sobre a abertura do partograma... Antigamente era tudo pós-procedimento. Os partogramas eram todos retroativos, então hoje em dia temos ficado mais em cima. Porque foi discutido, nós vimos pelas evidências a importância do partograma, então temos aquele resgate da construção do protocolo” (Enfermeira 2, entrevista).

A partir dos relatos e da inquietação das EO(s) levantadas nos GC acerca de suas condutas, foi possível identificar o início da incorporação de novas práticas a partir das discussões e consensos estabelecidos, referentes a apropriação das evidências científicas elencadas pelas participantes (enfermeiras e pesquisadoras), tornando possível a consolidação de tais práticas de forma qualificada e humanizada.

Para a realização de uma assistência humanizada e segura é preciso adotar novas formas de organização, novos processos de trabalho e uma prática assistencial diferenciada, no qual são consideradas as particularidade e complexidades dos indivíduos que procuram os serviços de saúde (Selhorst; Bub & Girondi, 2014).

“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” (Relato de observação 17/08/2016).

A introdução de práticas consensuadas nos GC evidenciou a humanização como prática que promove mudanças nos modos de cuidar e gerir a saúde, que aponta para a necessidade de uma “nova cultura” de atenção às mulheres no trabalho de parto e parto. A humanização da assistência ao parto e nascimento destaca-se como uma abordagem que vem sendo implementada com o objetivo de torná-lo uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família (Rebello & Neto 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta Pesquisa Convergente Assistencial no contexto da Unidade de Pré-parto/Parto e Pós-parto de um Hospital Universitário da capital de Mato Grosso possibilitou a constatação da importância dessa metodologia de pesquisa para o processo de homogeneização e consolidação de práticas assistenciais humanizadas da enfermagem, durante o processo de cuidar naquela Unidade.

As EO(s) participantes da pesquisa ressaltaram, por inúmeras vezes, a importância de terem participado daquele processo para que tivessem a possibilidade de socializar seus conhecimentos e assim definir conjuntamente, com base em evidências científicas atuais, as condutas mais adequadas a serem assumidas no Protocolo Assistencial da Unidade, frente ao contexto do estudo, e as características das gestantes usuárias daquele serviço de saúde.

Na perspectiva das enfermeiras participantes deste estudo, os Grupos de Convergência favoreceram o compartilhamento de conhecimentos de forma a possibilitar que, mesmo ainda não havendo a implantação oficial do protocolo assistencial, as práticas implementadas por cada uma das EO(s) sejam semelhantes, tendo em vistas os consensos estabelecidas durante os GC.

Frente ao exposto é possível afirmar que, o processo vivenciado pelas EO(s) contribuiu imensamente para a consolidação das práticas de enfermagem humanizadas que, até então, vinham sendo realizadas de forma aleatória e individualizada, em conformidade com os conhecimentos de cada uma das enfermeiras.

Assim sendo, considera-se que a reprodução do presente estudo em serviços de saúde voltados ao atendimento de mulheres e famílias em trabalho de parto e parto, com características semelhantes a Unidade estudada, muito pode contribuir para a qualificação e humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J. M., & D'Oliveira, A. F. L. (2011). Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 79-91.
- Andrade, M. A. C., & Lima, P. B. (2014). *Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco*. In Ministério da Saúde. Brasil. Humanização do parto e do nascimento (pp. 61-76). Brasília: Ministério da Saúde.
- Bessa, L.F., & Mamede, M.V. (2010). Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? *Revista Baiana de Enfermagem*, 24(3), 11-22.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Agência Nacional de Saúde Complementar (2008a). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Complementar.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Indicadores e Dados Básicos – Proporção de Partos Cesáreos -2006-2011. Brasília: Departamento de Informação e Informática do SUS.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 219-26.
- Caus, E. C. M., Santos, E. K, A., Nassif, A. A., & Monticelli, M. (2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstetra no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Revista da Escola Anna Nery*, 16(1), 34-40.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- Dias, M. A. B., & Domingues R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 669-705.
- Griboski, R.A., & Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 107-114.
- Kraemer, F. Z., Duarte, M. L. C., & Kaiser, D. E. (2011). Autonomia e trabalho do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 487-497.
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde*, 8(1), 49-70.
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Teme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Pereira, M. N., & Bastos, M. H. (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 1-16.
- Merhy, E. E. (1999). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E., & Onocko, R. (Eds.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo: HUCITEC.
- Monteiro, A. I., Santos, A. D. B., Macedo, I. P., Gurgel, P. K. F., & Cavalcante, J. M. P. (2011). A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(3), 426-431.
- Paes, G. O. (2011). *Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde*. Tese doutoramento. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil.
- Paim, L., Trentini, M. (2014) A pesquisa convergente assistencial em seus atributos.

- Em TRENTINI, M., PAIM, L., & SILVA, D. M. G. *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (pp.17-29). Porto Alegre: Morin.
- Peixoto, T. C., & Brito, M. J. M. (2015) *Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde*. Saúde debate, Rio de Janeiro,39(107), 1053-1064.
- Rebello, M. T. M. P., & Neto, J. F. R. (2012). A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 188-197.
- Schweitzer, G. (2010). *Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Brasil.
- Selhorst, I. S. B., Bub, M. B. C., & Girondi, J. B. R. (2014). Protocolo de acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 575-580.
- Serruya, S. J. (2012). A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(12), 531-535.
- Sodré, T. M., & Lacerda, R. A. (2007). O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 82-89.
- Trentini, M. (2014). O processo convergente assistencial. In Trentini, M., Paim, L., & Silva, D. M. G. (Eds.), *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (pp. 31-61). Porto Alegre: Morin.
- Trentini, M., & Beltrame, V. (2006). Pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 11(2), 156-160.
- Trentini M, & Paim L. (1999). *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.
- Werneck, M. A. F., Faria H. P., & Campos, K. F. P. (2009). *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/Universidade Federal de Minas Gerais, COOPMED.
- World Health Organization. (1996). *Safe motherhood – care in normal birth: a practical guide*. Genebra: WHO/FHE/MSM.

Contacto: aureaufmt@gmail.com