

IMPRESSÕES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO RELATADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM E PUÉRPERAS

ANDRADE, Brunna Jumes de¹
BERNARDO, Carla Aparecida²
REIS, Alessandra E. C.³

RESUMO

O artigo constitui-se em uma pesquisa descritiva, com abordagem exploratória, realizado na unidade da Maternidade do Hospital Escola São Lucas no município de Cascavel-PR. O público da pesquisa foi constituído de 20 participantes, sendo 10 puérperas e 10 profissionais de enfermagem, compostas por técnicas de enfermagem e enfermeiras atuantes no setor. Buscou-se compreender o significado de parto humanizado para o público entrevistado. Poucas das puérperas entrevistadas ouviram falar sobre o parto humanizado, e não sabem descrever de que forma ele é realizado. Houve relatos de que é o mesmo que parto domiciliar e parto normal. Algumas delas foram submetidas à cesárea e não sabem a real indicação, devido à falta de diálogo e informação entre gestante e equipe de profissionais. Entre os profissionais evidenciou-se a dificuldade em descrever sobre a humanização no parto, porém constou-se a importância de enfocar no bem estar, respeito e prestar uma boa assistência no trabalho de parto, parto e pós-parto. Conclui-se que é preciso manter a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde informados sobre o assunto, para que elas passem informações a essas gestantes, evitando, de certa forma, as indicações de cesárea desnecessárias pela falta de conhecimento de equipe e gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Parto normal. Equipe de Enfermagem. Puérperas.

IMPRESSIONS ABOUT HUMANIZED CHILDBIRTH REPORTED BY THE NURSING STAFF AND PUERPERAL

ABSTRACT

The article is a descriptive research, with exploratory approach, performed at the Maternity Unit of the São Lucas Hospital School in Cascavel-PR. The public of the research was consisted of 20 participants, including 10 puerperal and 10 nursing professionals, composed of nursing technicians and nurses working in the sector. We sought to understand the meaning of humanized childbirth to the public interviewed. Few of the puerperal interviewed had heard about humanized childbirth, and do not know to describe how it is done. There were reports that it is the same as home childbirth and normal childbirth. Some of them were subjected to cesarean and do not know the real indication, due to the lack of dialogue and information between pregnant and staff of professionals. Among the professionals it became clear the difficulty in writing about the humanization in childbirth, however it was found the importance of focusing on the welfare, respect and provide good assistance during labor, childbirth and postpartum. We conclude that we need to keep the nursing staff and other health professionals informed about the subject, so that they pass information to these pregnant, avoiding, in a way, the indications of unnecessary cesarean due to the lack of knowledge of the staff and pregnant.

KEYWORDS: Humanization. Normal childbirth. Nursing staff. Puerperal.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo teve como principal motivação, a pesquisa sobre a importância tanto para a parturiente como para o feto/recém-nascido, de um procedimento humanizado na realização do parto. Dessa forma, o realizar o estágio obrigatório durante o período de graduação, prestando assistência no setor de Obstetrícia, conseguiu-se adquirir uma visão da prática na assistência às gestantes internadas no setor durante o período de 11 dias.

Segundo Brasil (2013), a humanização tem como principal objetivo, reduzir a mortalidade materna e infantil, durante e após o parto, garantindo seus direitos, qualidade de vida, qualidade de assistência, bem-estar de ambos, institucionalizando e sistematizando o modelo de atenção ao parto, promover um novo modelo de atenção e organizar essa rede, garantindo o acesso ao acolhimento, resolutividade do processo gestacional. A experiência de ter um parto de uma forma natural é uma das expectativas de muitas mulheres.

O ato do cuidar sempre esteve presente durante a história da humanidade, sofrendo mudanças decorrentes de total importância em todos os sentidos da sociedade, como na profissão de Enfermeiro, incluindo em todos os processos de assistência, ao papel do cuidador e ao desafio de cuidar. O parto, vivenciado por muitas mulheres durante a evolução da vida, é um fenômeno natural, onde a expectativa desse momento é caracterizada através de uma manutenção essencial da vida, o que nunca será um simples processo fisiológico, mas acaba sendo um evento que envolve meios sociocultural e profissional, que deve ser compreendido.

De acordo com Gomes, et.al (2011), com o tempo, a sociedade passou a ver o parto como um estado patológico, como sofrimento moral e físico, que deve ter uma intervenção dos profissionais de saúde, utilizando instrumentos e medicamentos que aliviassem o sofrimento materno.

Com essa pesquisa tinha-se a perspectiva de refletir sobre o cuidado e a atuação da equipe inter e multiprofissional, dos possíveis resultados e de um conflito gerado pela discussão do assunto desejado, procurando colocar em prática a assistência humanizada, e informações aos envolvidos, tanto a paciente/mulher, familiares, como a equipe de enfermagem.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem, da Faculdade Assis Gurgacz - FAG. E-mail: brunna-best@hotmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem, da Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: caah.bernardo@hotmail.com

³ Enfermeira Obstetra, Mestre em Educação, Docente da Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: alereis@fag.edu.br

Para analisar o contexto apresentado, tivemos como foco à compreensão dos processos de comunicação da equipe inter e multiprofissional para o acompanhamento durante o parto humanizado e a contribuição para o vínculo social e familiar. Como problema principal do tema abordado, o parto não é conduzido de forma fisiológica. O momento do nascimento é marcado por diversas intervenções por vezes desnecessárias.

O objetivo deste artigo é compreender o significado do parto humanizado para a puérpera e equipe de enfermagem.

2 METODOLOGIA

O presente artigo constitui-se em uma pesquisa descritiva, com abordagem exploratória. A pesquisa bibliográfica teve como base científica livros e artigos encontrados em banco de dados científicos dos últimos 10 anos com contextualizações desde os primórdios da obstetrícia, apoiando-se em livros das grandes áreas mencionadas. A pesquisa caracterizou-se por ser quantitativa. Qualitativa proporcionada por questões abertas dos instrumentos de coleta de dados. Quantitativa, pois reúne informações estatísticas, organizadas em percentuais para análise. A pesquisa foi realizada na cidade de Cascavel – PR.

Para atender aos objetivos, a coleta de dados foi desenvolvida em três etapas: (1) seleção de 10 puérperas aleatoriamente com pós-parto de até 24 horas, e equipe de enfermagem, composta por aproximadamente 10 colaboradores, do setor de Maternidade; (2) Foi utilizado instrumento norteador para entrevista com as puérperas. Esse instrumento foi elaborado pelas próprias pesquisadoras. Quanto à abordagem à equipe de enfermagem, foi entregue um questionário e aguardado o aceite ou não da participação por meio de respondê-lo. Fica claro que, na abordagem dos sujeitos da pesquisa, puérperas e equipe de enfermagem, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de aceitarem compor a amostra da pesquisa. Somente após a leitura e assinatura do mesmo é que a coleta de dados prosseguiu; (3) As questões subjetivas foram analisadas por meio da análise de conteúdo e definição de categorias, quando existe a saturação da ideia informada, no entanto, as respostas foram curtas com conteúdo pobre, sendo assim, as categorias foram variadas e colocadas em gráficos.

Como descrito acima, a população e a amostra foram compostas por puérperas e equipe de enfermagem pertencente à unidade de assistência à Maternidade do Hospital Escola São Lucas no município de Cascavel-PR, sendo uma estimativa de 20 participantes. A pesquisa foi iniciada após o parecer de aprovação nº 5219, emitido pelo Comitê de Ética em pesquisa de seres humanos da FAG.

Foram incluídas na pesquisa as puérperas que estiverem hospitalizadas na Maternidade do Hospital São Lucas e aceitaram participar mediante leitura e assinatura do TCLE, e membros da equipe de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, convidados que aceitaram participar também mediante a leitura e assinatura do TCLE.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

De acordo com Sanglard (2007), no Brasil década de 20 significou o momento em que o Estado dá os primeiros passos na direção da organização da assistência hospitalar geral, até então a cargo da Irmandade da Misericórdia. Essa guinada na organização da saúde pública está intimamente ligada ao processo de reforma que o médico Carlos Chagas põe em prática, à época, na cidade do Rio de Janeiro. Nos seis anos em que esteve à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública, são vários os hospitais abertos por Chagas: o primeiro, o Hospital São Francisco de Assis, data de 1922 e foi instalado no antigo asilo de Mendicidade, na região do Mangue; seguido, em 1924, do Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, para crianças, estabelecido nas dependências do Hotel Sete de Setembro, no Morro da Viúva, Botafogo; e do Hospital Pedro II, no bairro rural de Santa Cruz, localizado em uma antiga escola e destinado aos casos de malária.

O autor ainda cita que, na mesma época, o médico dá início às obras de três hospitais: o Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929); o Hospital e Instituto do Câncer (1927-1934) – este último veio a se tornar Hospital Barata Ribeiro, destinado à ortopedia; e o Hospital de Clínicas Arthur Bernardes, da Faculdade de Medicina (1926-1934), obra iniciada e abandonada no início da Era Vargas. Tais edifícios, em grupo ou separadamente, nos falam muito desse momento peculiar da história da Saúde Pública no Rio de Janeiro, bem como da própria cidade.

No Rio de Janeiro, a partir dos anos de 1920, percebem-se críticas, recorrentes, à falta de leitos na cidade. Eram médicos, intelectuais e políticos que, a reclamar dessa carência que colocava a medicina nacional e o próprio país em desvantagem com relação aos países vizinhos, ganhavam a imprensa leiga e especializada (SANGLAR, 2007).

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã, não obstante a opinião de autores que se têm esforçado para demonstrar o contrário. Não há dúvida, porém, que o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PARTO

O parto é considerado como um processo psicossomático, onde o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto socioeconômico, personalidade, simbolismo. É vivido como uma realidade distante que encerra risco, irreversibilidade e imprevisibilidade que nunca podemos prever se vai transcorrer normalmente ou se vai surgir complicações. Estas situações podem ser vivenciadas pela mulher de forma tranquila ou não, dependendo de sua adaptação (DAVIM et al., 2001).

Segundo Brenes (1991), os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam em domicílio as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre vários temas, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio.

Segundo Gomes et al., (2011), o parto é um dos fenômenos naturais que muitas mulheres irão vivenciar no decorrer da vida. Tal fenômeno, caracterizado como essencial para manutenção da vida é influenciado pelo meio sociocultural, onde preceitos culturais constroem a visão e forma com que a mulher irá vivenciar o seu processo de parir. O ato de dar à luz a uma criança, portanto, nunca será simplesmente um processo fisiológico, mas sim um evento que se desenvolve em um ambiente cultural, e o profissional que a assiste nesse momento precisa compreendê-lo dessa forma.

O parto, que antes era visto como um processo fisiológico, com o passar dos anos passou a ser visto como algo patológico. A sociedade passou a perceber esse processo como um intenso sofrimento físico e moral, sendo necessária a intervenção do profissional de saúde, médico e enfermeiro, e a utilização de instrumentos e medicações que aliviassem o sofrimento materno (GOMES et al., 2011).

O autor nos traz que o parto representa ainda, "uma transição importante na vida da mulher e da família, um momento em que necessita de apoio e compreensão para poder enfrentar o mais naturalmente possível o trabalho de parto e o parto, sabendo que pode e deve dele participar ativamente, obtendo assim, conforto físico e psíquico".

Com a transição entre o parto domiciliar e hospitalar passou a vigorar o modelo biomédico de assistência obstétrica institucionalizada que interferiu na expressão desses fatores. O processo de modernização e as formas mais seguras para utilização de anestésicos durante o parto, na metade do século XX, foram determinantes para a sua institucionalização, chegando a ser considerado ilegal, em alguns países, o parto realizado fora do ambiente hospitalar, bem como por parteiras. No Brasil esse modelo hospitalar avançou, organizado por rotinas e um conjunto de intervenções entre outras condutas largamente utilizadas e naturalizadas nos serviços de atendimento à mulher (LONGO et al., 2010).

Segundo Gomes et al., (2011), a dor do parto tem um aspecto importante e diferenciado de acordo com cada sociedade, uma vez que é influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais. Por vezes, ela é vista pelas mulheres como o marco inicial da maternidade e como o "preço a ser pago" por esta, que poderia ficar "quase esquecido" após receber o prêmio: ter o filho nos braços. No imaginário de algumas mulheres, a boa mãe é aquela que sofreu ao dar à luz a seus filhos, a fim de cumprir seu papel. Sendo assim, poderíamos ter a hipótese de que este seria um fator motivador, ao ponto que a dor não fosse causa impeditiva à procriação, o que permitiu a postergação da espécie.

Durante muito tempo, o atendimento às mulheres durante e após o parto representava um contexto do âmbito das parteiras, comadres e doula que, no Brasil atuaram livremente até o fim do século XIX, uma vez que parturientes de todas as classes sociais renderam-se aos préstimos destas mulheres. À medida que os partos deslocaram-se para o ambiente hospitalar, em consequência da Institucionalização da medicina, outros atores envolveram-se com a situação, tendo o profissional Médico e Enfermeira Obstétrica assumida o papel hegemônico da assistência (FREDIANO et al., 2010).

De acordo com Seibert, et al (2005), no entanto, a competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. As parteiras, não tendo acesso à universidade, portanto, ao conhecimento, foram aos poucos se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas.

A participação masculina até o século XII era muito pequena, contrária aos padrões culturais dominantes na época, levando a um atraso no desenvolvimento de uma atividade médica ligada à mulher. A assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, em que as parteiras criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e os homens apenas realizavam assistência aos partos de animais. (SEIBERT et al., 2005).

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA OBSTETRÍCIA

O termo “Obstetrícia” deriva da palavra latina *obstretix*, originária do verbo *obstare* (“ficar do lado” ou “em face de”), e significa “a mulher que está ao lado, assistindo a parturiente”. São sinônimos de obstetrícia a tocologia, do grego *tokos* (“parto”) e *logos* (“teoria” ou “tratado”), e a maiéutica, do grego *maieutikós* (“que se refere ao parto”), sendo a raiz a maia referente à parteira, ama ou avó. Dessa maneira, durante muito tempo a obstetrícia foi tida e vista, por leigos, médicos e até alguns profissionais da especialidade, como sinônimo de “arte de fazer partos”, exigindo do tocólogo apenas o conhecimento de técnicas extrativas complexas e delicadas. (ZUGAIB, 2012).

Segundo Seibert et al., (2005) no Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta da Europa. No período colonial, as parteiras eram detentoras da arte de partejar, possuidoras do saber empírico e praticante de artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes.

Entretanto, no Brasil, a evolução da obstetrícia se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. Quando a corte portuguesa veio para o Brasil, parteiras francesas formadas foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris. Além de partejar, elas vacinavam contra varíola, sangravam e tratavam de moléstias do útero. Em pouco tempo, também foram inauguradas as primeiras faculdades do Brasil, incluindo o curso de parteira. (SEIBERT, et al., 2005).

De acordo com Seibert et al., (2005), vale ressaltar que todos os professores dos cursos de farmácia, medicina e de parteiras criados eram médicos, e que permaneceram por décadas apenas como um estudo teórico, utilizando-se bonecos para as simulações. Como forma de facilitar o estudo do corpo da mulher, os médicos do século XIX passaram a discursar em favor da hospitalização, da criação de maternidades e a colocar em dúvida a competência das parteiras.

Segundo Zugaib (2012), o processo gravídico passou a ser valorizado antes mesmo da fecundação; e o período preconcepcional, a ser considerado como uma oportunidade ímpar em que várias orientações de abordagens são essenciais para a obtenção dos melhores resultados maternos e perinatais.

O autor ainda nos diz que o conhecimento profundo da fisiologia do estado gravídico e das doenças clínicas e obstétricas é fundamental para a condução correta do atendimento pré-natal. A responsabilidade por uma assistência pré-natal adequada é cada vez maior, porque a importância desse período não é mais de interesse exclusivo da especialidade, mas também de outras áreas da medicina, como a pediatria e a clínica médica. Desde a década de 1990 vários estudos demonstraram diversas doenças da infância e da idade adulta podem ter origem ainda na vida intrauterina, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes tipo II, a obesidade e a depressão.

Assim, a obstetrícia deve ser considerada uma especialidade médica eminentemente clínica, com término cirúrgico, que se ocupa com os períodos preconcepcional e gestacional, com o parto e com o puerpério. (ZUGAIB, 2012)

3.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO

O termo humanização vem aparecendo na primeira década do século XXI com bastante frequência na literatura de saúde, e isso parece ser uma consequência das recentes recomendações do Ministério da Saúde que propõe uma Política Nacional de Humanização. (WALDOW et al., 2011).

Segundo Waldow, et al., (2011), humanizar é estar coerente com os valores. Solidariedade também está associada à humanização e como força motora está a pré-ocupação. Como fundamento da humanização, menciona o autor, encontra-se a dignidade humana. A preocupação pelo outro, que é um ser vulnerável, articula-se de duas maneiras: o cuidado competente e o cuidado pessoal. O primeiro compreende os aspectos da corporeidade humana, e o segundo diz respeito ao cuidado que envolve afeto, sensibilidade - a compaixão. Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis.

Segundo Diniz (2005), na assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século.

Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto o outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais baseadas na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Nessa mudança de paradigmas a que assistimos no tocante ao atendimento hospitalar humanizado não se pode esquecer que o paciente-cidadão está amparado por leis que protegem os direitos individuais, tais como: o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança e do Adolescente e, mais recentemente, o Estatuto do Idoso. (DIAS et al., 2008).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso,

da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2002).

3.5 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EQUIPE INTER E MULTIPROFISSIONAL

O crescimento exponencial do conhecimento criou novas necessidades no mundo do trabalho. Na Antiguidade, sábios eram, ao mesmo tempo, filósofos, matemáticos, astrônomos, engenheiros, artistas, escritores etc. Na área da saúde, até a primeira metade do século passado, cerca de quatro profissionais formalmente habilitados dominavam todo o conhecimento e exerciam todas as ações do setor. Nos tempos atuais, é totalmente impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com toda eficiência necessária, o conjunto amplo e complexo das ações de saúde. (VELLOSO, 2010).

De acordo com o mesmo autor, atualmente, 14 profissões de nível superior, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como da área de saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Temos, ainda, inúmeras profissões formais de nível médio que participam ativamente da atenção à saúde.

Segundo Velloso (2010), para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: capacitação profissional, a interface do trabalho dos profissionais e a autonomia dos profissionais.

3.6 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM E A OBSTETRÍCIA

No Brasil, a organização da enfermagem começou no período colonial estendendo-se até o século XIX. Os cuidados aos doentes eram exercidos na maioria dos casos por escravos, que auxiliavam os jesuítas, que também exerciam as funções de médicos e enfermeiros. As ervas medicinais eram à base do tratamento terapêutico. (CAVALCANTI et al., 2010).

O autor ainda no traz que a primeira casa de misericórdia foi inaugurada, dentro dos padrões de Portugal, em 1543. Somente no século XIX, o Brasil instaurou medidas de proteção referente à maternidade, criando a sala de partos. Em 1832 foi organizada e criada a primeira Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde funcionava a escola de parteiras. O desenvolvimento da área médica não influenciou de imediato a profissão de enfermagem.

A assistência ao parto permaneceu nas mãos das parteiras por todo o século XIX. Com o surgimento da enfermagem como profissão, vinculado à divulgação feita aos trabalhos de Florence Nightingale na Guerra da Criméia (1854 - 1856), ocorreu um declínio das parteiras quanto ao ofício. (SILVA, 2001).

Em relação à atenção obstétrica, a enfermeira realiza a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia. (PEREIRA et al., 2010).

De acordo com Pereira et al., (2010) a Enfermeira Obstétrica tem seu exercício profissional regulamentado pela Lei n. 7.498/86, o Decreto-Lei 94.406/87. Nesta legislação é privativo do enfermeiro, entre outras funções, a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem.

4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dentre as 10 participantes que compõe a equipe de enfermagem, a de menor idade, possui 22 anos, e a de maior idade 56 anos. Concluiu-se através do resultado, a predominância de 2 pessoas, com 33 anos.

A religião das participantes predominou-se como Católicas, sendo 6 pessoas, nos demais resultados, evangélicas 2 pessoas, e outras 2 pessoas não responderam. Diante disso, podemos discutir que crenças e valores religiosos dos pacientes devem ser respeitados na prática da assistência de enfermagem de forma humanizada. No processo saúde e doença, a fé de cada um, tem seu valor e os profissionais de enfermagem devem respeitar este direito do paciente. O profissional de enfermagem deve estar atento, aos valores pessoais e crenças do paciente, mesmo que tais crenças e valores espirituais, não façam parte do valor do profissional que o assiste. É possível lembrar, que não é a função de nenhum profissional de enfermagem discutir valores religiosos com os pacientes, mas sim um dever, respeitar, acolher e assistir dentro de seus valores espirituais. Assim estaremos construindo, uma relação de acolhimento e ajuda, contribuindo para uma assistência humanizada.

As profissões variaram entre Técnicas de Enfermagem, sendo 9 pessoas e Enfermeira, sendo 1 pessoa; A enfermagem como profissão evoluiu-se através dos períodos históricos, profissionalizando-se tecnicamente e cientificamente. Atualmente, são reconhecidas três categorias dos profissionais de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares, cada um com suas respectivas atribuições e capacitações. O enfermeiro coordena a equipe de enfermagem

e executa procedimentos de alta complexidade; o técnico de enfermagem executa cuidados de média complexidade e o auxiliar de enfermagem realiza atividades de rotina.

Comparando o tempo de formação das participantes, o menor tempo é de 1 ano e 8 meses, sendo de 3 pessoas, e o maior tempo é de 18 anos, sendo o resultado de 1 pessoa.

Quanto ao vínculo de trabalho, a maioria das participantes, sendo 6 pessoas, exercem a profissão somente no Hospital São Lucas, e o restante, sendo 4 pessoas, possuem mais um vínculo de trabalho.

Dentre as participantes que estudam atualmente, predominantemente 8 pessoas, responderam que não, e 2 participantes estão graduando Enfermagem.

O tempo de atuação no setor de Maternidade varia bastante, o menor tempo citado, respondido por apenas 1 pessoa, está atuando a 5 meses, e o maior tempo de atuação foi de 4 anos, sendo respondido por 2 pessoas. Dessa forma, discutimos que em relação à atenção obstétrica, a enfermeira realiza a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia (PEREIRA et al., 2010).

Foi realizada uma pergunta no qual questionamos se durante a formação profissional, teve alguma disciplina que falou sobre humanização. Analisando os resultados, predominantemente, 9 pessoas responderam que sim e, apenas 1 participante relatou que não houve nenhuma disciplina que falou sobre o assunto. Atualmente o termo humanização tem sido amplamente difundido nos serviços de saúde em geral, nas esferas pública e privada. A abordagem científica sobre os temas correlatos à Humanização em Saúde busca promover e fortalecer sua capacidade de reflexão e formulação de pensamento crítico frente às inéditas e conflituosas questões geradas pelo desenvolvimento técnico-científico, socioeconômico, cultural e religioso, decorrente dos problemas relacionados à saúde, no mundo contemporâneo. Segundo Waldow et al., (2011), humanizar significa "*tornar humano, dar condição humana, humanizar*". É também definida como "*tornar benévolos, afáveis, tratáveis*" e ainda "*fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar*". Já humano, vem de natureza humana, significando também "*bondoso, humanitário*".

Ao perguntar o que é parto humanizado, surgiram respostas descritivas bem diferenciadas, sendo assim, classificamos as mesmas, em categorias distintas, caracterizadas pela saturação de ideias. Dessa forma, representamos através de um gráfico, os resultados.

Gráfico 1 – resultado das respostas das participantes



Fonte: Dados da Pesquisa

Predominando os resultados, observou-se que no entendimento das profissionais de saúde quanto ao parto humanizado, não utilizar nenhum tipo de intervenção do procedimento do trabalho de parto, e hora do parto, é a demonização e caracterização de um parto humanizado. O parto entendido como humanizado não deseja abolir as tecnologias alcançadas para auxiliar a mulher nesse processo, porém elas não devem ser usadas rotineiramente, medicalizando o parto ou tornando-o estritamente cirúrgico.

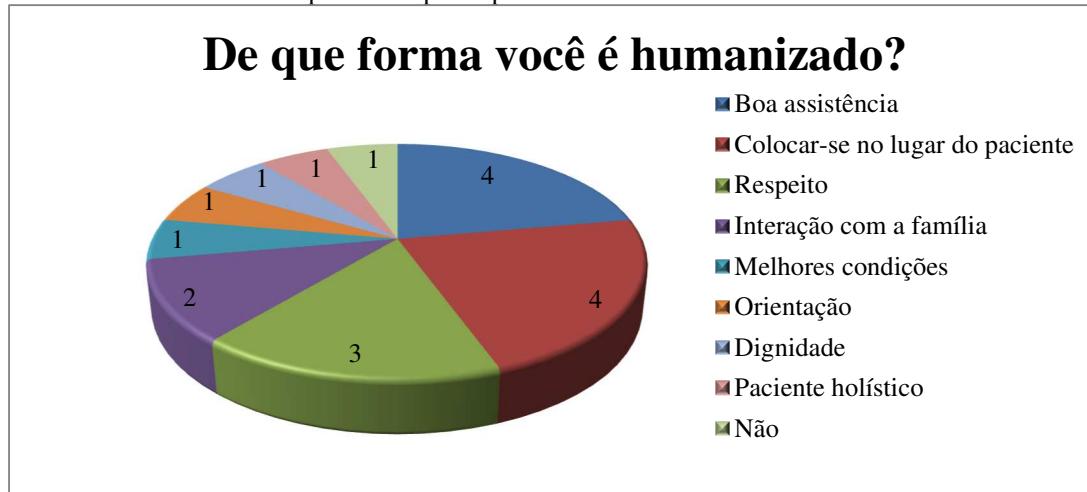
Em seguida, com 3 respostas, o respeito a parturiente e o feto. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS et al., 2005).

Com numero menor, de apenas 1 resposta citada pelas participantes, temos o acompanhante, o bem estar e sem dor. De acordo com Rattner (2009), a humanização da parturição, quanto à legitimidade da participação da parturiente nas decisões, está pautada no diálogo com a mulher, na inclusão do pai no parto e na presença das doula, além da busca por melhoria na relação da instituição hospitalar e seus consumidores. Há também uma legitimidade política, entre

outras que reivindica humanização como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais e direitos reprodutivos e sexuais com vistas à equidade, liberdade e direito individual.

Na última pergunta, foi questionado se o profissional de saúde se considera uma pessoa humanizada, predominantemente, as respostas foram positivas, surgiram, também, respostas descriptivas bem diferenciadas sendo assim, classificamos as mesmas, em categorias distintas, caracterizadas resumidamente por poucas palavras. Dessa forma, representamos através de um gráfico, os resultados.

Gráfico2 – resultado das respostas das participantes



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao analisar os resultados, observamos que a definição de seu próprio atendimento humanizado é caracterizado pela boa assistência e prestar o atendimento colocando-se no lugar do paciente, sendo respondidas por 4 pessoas cada uma. É comum a população em geral e os trabalhadores dos serviços de saúde compreender humanização como uma forma de atenção à saúde que trata os usuários do sistema de saúde como seres humanos, considerando seus sentimentos, sua diversidade cultural, seus valores e escolhas com empatia (capacidade de se identificar com o outro; o famoso princípio do “colocar-se no lugar do outro”) e afetividade. No senso comum, amplamente difundido pela mídia, a falta de atendimento humanizado remete à formação individual e ao perfil dos profissionais, como também à falta de infraestrutura dos serviços de saúde. A partir dessas observações, surgem novos questionamentos: se as pessoas sabem em que consiste a humanização e em geral se consideram “humanizadas”, porque ainda existem reclamações dos usuários com relação à falta de humanização no atendimento dos serviços de saúde? E isso não ocorre somente em serviços públicos.

E novamente, o respeito com a parturiente e o feto, surgem nas respostas das participantes, sendo um total de 3 respostas. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Os menores resultados observados foram à orientação, a dignidade do atendimento e visualização do paciente holístico. Sendo apenas 1 resposta para cada tema. A orientação a ser dada para as parturientes deverá constituir-se na interação, no contato com a paciente, no resgate do cuidado humano. Para resgatá-lo, a enfermagem precisa desenvolver uma relação interdependente, recíproca com o ser cuidado, propiciando condições de crescimento, de aprendizagem para seu restabelecimento. No entendimento sobre o atendimento prestado visando o paciente de maneira holística, não se resume em apenas um corpo físico, mas sim a paciente como um todo. Visando tratar não apenas as dores, problemas, complicações, mas sim, um tratamento para que deixe de existir o mal e a causa que o provoca.

Apenas uma das participantes, respondeu não ser humanizada.

Dentre as 10 puérperas que participaram, e encontravam-se internadas no Hospital São Lucas, relação às idades a de menor idade tem 17 anos, e a de maior idade tem 37 anos. Através do resultado, prevaleceu a categoria de 2 pessoas, com 37 anos.

A religião das participantes predominou-se como Evangélicas, sendo estas, 6 mulheres, 3 católicas, e 1 pessoa não respondeu.

As profissões das participantes variaram entre auxiliar de almoxarifado, auxiliar de escritório, auxiliar de produção, empresária, operadora de caixa sendo esta, 2 pessoas e 3 pessoas com a categoria de dona de casa.

Em relação ao tipo de parto que foi realizado, 4 delas tiveram seu filho de parto cesárea e 6 delas de parto normal, prevalecendo assim com o maior número na opção de parto normal.

Quanto a realização de episiotomia na hora do parto, 5 mulheres responderam que foi realizado e 5 responderam que não houve. Segundo Bento et al., (2006) a episiotomia é um procedimento cirúrgico realizado no períneo da mulher no momento do parto, feita por obstetras e enfermeiros obstetras. Porém esta prática tornou-se rotineira, utilizada mesmo sem necessidade causando lesões no corpo da mulher, sendo exemplo de violação.

As orientações durante o trabalho de parto, nos foram relatadas como, respirar fundo durante as contrações sendo relatadas por 2 pessoas, 1 pessoa relatou que foi orientada a deambular, e 7 responderam que não houve orientação nenhuma durante o trabalho de parto. Porém, além destas orientações existem várias outras que ajudam no alívio da dor na hora de trabalho de parto, como: banho de aspersão, alimentação para ter energias durante as contrações, fazer força somente quando tiver vontade e durante a contração, sem necessidade de realizar fora dela, orientação sobre exercícios que facilitam na abertura da pelve, ingerir bastante líquido, entre outras orientações que são positivas para um bom trabalho de parto e parto.

Conforme o parto de preferência, 6 das puérperas gostariam de ter parto normal e 4 delas parto cesárea.

A infusão de soro foi realizado em 4 mulheres e 6 delas não receberam infusão. O soro que aqui relatamos é a infusão de ocitocina sintética, que é um hormônio usado para iniciar o trabalho de parto quando não ocorre naturalmente, promovendo contrações uterinas. Porém o hormônio sintético deve ser administrado segundo prescrição médica e em doses corretas no corpo da mulher, pois pode haver ruptura de útero durante o trabalho de parto. As contrações causadas pela ocitocina artificial podem ser mais doloridas.

Em relação à questão de realização de Manobra de Kristeller, 7 puérperas responderam que não houve, e 3 delas disseram que houve. A manobra de Kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando a parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (BRASIL, 2001).

Foi realizada uma pergunta no qual questionamos se elas já tinham ouvido falar em parto humanizado, e as respostas foram de que 6 delas já haviam ouvido e 4 delas nunca tinham ouvido falar sobre o assunto. O conceito de humanização da assistência ao parto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem ao encontro da perspectiva de o controle centralizar-se na mulher, pois pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde devem estabelecer com as mulheres durante o processo de parturição (BRASIL, 2000).

Na pergunta seguinte foi questionado então, o que elas acreditavam ser o parto humanizado, como elas caracterizavam. A categoria que prevaleceu foi de que 3 delas não sabem o que é o parto humanizado, 1 delas acha importante, 1 relatou que é o parto na água, 2 citaram o parto domiciliar, 2 disseram que era parto normal e 1 delas citou que o parto humanizado é aquele acompanhado pela enfermeira.

Em relação ao acompanhante de cada puérpera, 4 delas responderam que não tiveram acompanhantes, 3 tiveram o marido, 1 a irmã e 2 a mãe como acompanhante. A lei nº 11.108, Portaria GM/MS nº 2.418 de 2005 dispõe de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato, conforme escolha da mulher.

A questão em que foi perguntado sobre instrumentos usados durante o parto para saída do bebê 8 delas responderam que não foi usado e 2 elas que foi utilizado. Segundo Cunha (2011), o fórceps obstétrico é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto. O parto a fórceps tem indicações maternas e fetais. As indicações fetais, em que o parto deve ser ultimado para redução do risco, compreendem o sofrimento fetal e a parada de progressão durante o período expulsivo.

Nas atividades realizadas durante o trabalho de parto foi citado o cavalinho e a bola de bobat, 1 delas respondeu que foi no cavalinho e 9 não foram. Na bola de bobat, 1 delas utilizou e 9 delas não usou a bola. O cavalinho proporciona alívio da tensão muscular, alívio da dor no trabalho de parto, visa o relaxamento e aumento da dilatação. De acordo com Silva et al., (2011) a bola de bobat é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos e a fáscia da pelve (SILVA et al., 2011).

O banho de aspersão durante o trabalho de parto foi realizado por 8 puérperas e 2 delas não usaram neste método de alívio a dor. A água aquecida faz com que haja a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo fazendo com que aconteça relaxamento muscular.

A deambulação foi realizada somente por 3 puérperas, e 7 delas não deambularam. Segundo Kitzinger (1978), fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, nesse caso a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao filho através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto. Piotrowski (2000), nos mostra que deambular distrai-se a parturiente do desconforto do trabalho de parto; reforça-se o controle materno sobre o próprio trabalho de parto e oportuniza-se uma interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os provedores de cuidado, quando esses a ajudam a caminhar.

Na questão sobre alimentação 8 delas nos relataram que não comeram durante seu trabalho de parto, e 2 delas comeram, 1 sendo bolacha e chá e a outra puérpera alimentou-se de gelatina. O trabalho de parto em algumas mulheres é curto, porém em outras pode durar de 8 a 12 horas em primíparas. Então é interessante que a mulher se alimente durante o trabalho de parto para que ela tenha energias suficientes para passar por esta fase, e que seja ingerido bastante líquido para que hidrate seu corpo.

Para finalização do questionário realizamos a pergunta se havia alguma queixa sobre a equipe de profissionais que as atenderam, uma relatou que foi tratada mais ou menos e as outras 9 não tiveram queixas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos na pesquisa, o parto humanizado segundo nossas participantes é algo novo na atualidade em que vivemos. Como o parto é um dos fenômenos naturais que muitas mulheres irão vivenciar no decorrer da vida, é caracterizado como essencial para manutenção da vida e influenciado pelo meio sociocultural, onde preceitos culturais constroem a visão e forma com que a mulher irá vivenciar o seu processo de parir. O ato de dar à luz a uma criança, portanto, nunca será simplesmente um processo fisiológico, mas sim um evento que se desenvolve em um ambiente cultural, e o profissional que a assiste nesse momento precisa compreendê-lo dessa forma.

Apesar de toda falta de conhecimento das participantes, uma difícil definição sobre o que é efetivamente um parto humanizado, é possível enxergar um breve entendimento quanto a transição importante na vida da mulher e da família, um momento em que necessita de apoio e compreensão para poder enfrentar o mais naturalmente possível o trabalho de parto e o parto, sabendo que pode e deve dele participar ativamente, obtendo assim, conforto físico e psíquico.

Foram identificados, muitos relatos de que, apesar de uma indicação médica para a realização da cesárea, o motivo concreto nem sempre é recomendado, ou obrigatório para que haja de fato uma intervenção necessária da hora do trabalho de parto. Deve-se levar em consideração o comportamento da gestante ou parturiente, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto socioeconômico, personalidade e simbolismo. É vivido como uma realidade distante que encerra risco, irreversibilidade e imprevisibilidade que nunca podemos prever se vai transcorrer normalmente ou se vai surgir complicações. Mas o que vemos na maioria das vezes, sem o perfeito entendimento dessas pacientes, é realizado a cesárea de maneira em que a escolha tenha sido feita somente pelo médico. E há uma grande falta e, talvez falha, na informação passada para as pacientes durante a gestação, uma educação que poderia ser dada à esse público, com a intenção de melhorar o entendimento desse processo fisiológico, que provoca muitas mudanças no corpo de uma parturiente.

A equipe inter e multiprofissional que trabalha nessa área, tem papel fundamental no processo de evolução, acolhimento e assistência prestada a essas pacientes, e talvez o que influencia tudo isso, é o entendimento dessa equipe inter e multiprofissional. É necessária que seja repassado para esses profissionais, a importância do parto humanizado para a formação e/ou manutenção do vínculo familiar e importância do parto humanizado para a boa progressão do nascimento via vaginal. Levando em consideração a e demonstrar a efetividade e importância do processo de comunicação da equipe de enfermagem para a realização do parto humanizado às puérperas com assistência no SUS – Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na Graduação.** Editora Atlas, 7^a Edição, São Paulo 2005.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos da Metodologia.** Editora Makron Books, 2^a Edição, São Paulo, 2000.

BENTO, P.A.S. et al. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão,** Rio de Janeiro – RJ, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais,** Rio de Janeiro, 1965.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde,** Rio de Janeiro, Resolução Nº 196/96.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto, Humanização no Pré-natal e nascimento,** Ministério da Saúde Secretaria Executiva, Brasília-DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Rede Cegonha, Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS: Carta de Direito dos Usuários do SUS.** Ministério da Saúde, 4^a Ed., Brasília, 2008a. Disponível em: . Acesso em: 19 de out. 2015.

BRENES, A.C. **História da parturição no Brasil, século XIX,** Minas Gerais, 1991.

CAVALCANTI, M.C.S. et al. **A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural**, Maranhão, 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. Editora Pearson Prentice Hill, 5^a Edição, São Paulo, 2002.

DAVIM, R.M.B. et al. **Assistência ao parto normal no domicílio**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2001.

DIAS, M.A.B. et al. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2008.

DIAS, M.A.B. et al. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

FREDIANO, S.C.M. et al . **Da parteira á enfermagem obstétrica: uma atenção humanizada ao parto normal**, Faculdade da Alta Paulista FADAP – FAP. São Paulo, 2010.

GIL, A.C. **Gestão de Pessoas Enfoque nos Papéis Profissionais**, Editora Atlas S.A. 1^a Edição, São Paulo, 2011.

GOMES, A.S. et al. **Parto domiciliar: a busca por um parto humanizado na percepção de um grupo de mulheres**, Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina, São Paulo, 2011.

LANGE, E. P. S. **Apostila de Pesquisa Aplicada ás Ciências Empresariais**. Cascavel, 2007.

LONGO, C.S.M. et al. **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde**, Goiânia- GO, 2010.

MAMEDE, F.V. et al. **Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão** , 2004.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Petrópolis, 2001.

PEREIRA, A.L.F. et al. **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde**, Rio de Janeiro, Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**, Brasília, 2009.

REIS, A.E. et al. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina**, Santa Catarina – SC, 2005.

SANGLARD, G. **Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde**, São Paulo, 2007.

SEIBERT, S.L. et al. **Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história**, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, A.S. et al. **Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia**, São Paulo, 2001.

SILVA, L.M, et al. **Uso da bola suíça no trabalho de parto**, São Paulo, 2011.

SIQUEIRRA, S. **O Trabalho e a Cientifica na Construção do Conhecimento**. Governador Valadares: UNIVALE, 2002.

VELLOSO, C. **Equipe Multiprofissional de Saúde**, Minas Gerais, 2010.

WALDOW, V.R. et al. **Cuidar e humanizar: relações e significados**, Porto Alegre, 2011.

ZUGAIB, I.M. **Zugaib Obstetrícia, Editora Manole**, 2^a Edição, São Paulo, 2012.