Curso de Graduação em Enfermagem Artigo de Revisão

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EXECUTADA DURANTE O PARTO NATURAL HUMANIZADO

PERFORMANCE OF NURSING PERFORMED DURING NATURAL HUMANIZED DELIVERY

Carine Sales de Souza Gomes[1], Josivan da Costa Sousa[2]

1 Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem

2 Professor Especialista do Curso de Graduação em Enfermagem

RESUMO:

Objetivo: conhecer como e qual a importância da assistência de enfermagem humanizada durante o parto. **Método:** o estudo teve como linha metodológica a pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, através de uma revisão bibliográfica. **Resultados:** foi evidenciado a necessidade da implantação do parto humanizado para promover a diminuição da mortalidade materna e melhoria da qualidade do atendimento prestado à essas gestantes. **Conclusão:** o profissional de enfermagem o tem conhecimento técnico-científico necessário para realizar a humanização do parto, bem como a promoção dos direitos do binômio gestante-neonato.

Descritores: Enfermagem; Obstetrícia; Humanização; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: to know how and what is the importance of humanized nursing care during childbirth. **Method:** the study's methodological line was qualitative research of a descriptive and exploratory nature, through a bibliographic review. **Results:** the need to implement humanized childbirth was evidenced to promote the reduction of maternal mortality and improve the quality of care provided to these pregnant women. **Conclusion:** the nursing professional has the necessary technical-scientific knowledge to carry out the humanization of childbirth, as well as the promotion of the rights of the pregnant-newborn binomial.

Descriptors: Nursing; Obstetrics; Humanization; Humanized birth.

Contato: josivan.sousa@unidesc.edu.br

INTRODUÇÃO

As transformações em relação ao parto transcenderam os aspectos técnicos e incluiu uma nova abordagem em torno da humanização. Ao se buscar um entendimento geral sobre humanização observa-se, que consiste no ato de olhar o paciente a partir de uma perspectiva holística, ou seja, completa e integrada, não apenas observando as questões clínicas em relação ao processo saúde e doença, ou como no caso de gravidez, observar somente os fatores gestacionais, de parto e puerpério (BRASIL, 2012).

A humanização começou a ser abordada em torno da década de 80, quando esse termo começou a ganhar força e adeptos devido aos acordes da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental e do movimento feminista pela humanização do parto e do nascimento, na área da Saúde da Mulher que vieram à tona, produzindo repercussões significativas que registraram esses momentos como marcos históricos do início da discussão sobre humanização no campo da saúde (CHERNICHARO, Isis de Moraes et al, 2014).

Diante desse contexto, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recémnascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2002).

O PHPN afirma que:

> A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recémnascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

Tendo em vista que a humanização abrange todos os níveis de atenção à saúde e não apenas o contexto hospitalar, em 2003, o Ministério da Saúde revisa o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e lança a Política Nacional de Humanização (PNH), que passa a contemplar toda a rede SUS, abrangendo transformações dos modelos de atenção e gestão nos serviços e nos sistemas de saúde (CHERNICHARO, Isis de Moraes et al, 2014).

A PNH adota humanização como política transversal, ou seja, "como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e

nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva". Em outras palavras, a PNH propõe uma gestão participativa ou cogestão, na qual os trabalhadores e usuários são incluídos e valorizados no processo de produção de saúde, implicando em uma mudança na cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. (MAIA, Mônica, 2008).

A PNH parte do suposto de que o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária, nem sempre em favor do bem-estar físico e emocional da mulher e/ou do bebê. Em essência, humanizar o parto e o nascimento é resgatar a individualidade e o protagonismo da mulher na hora do parto (MAIA, Mônica, 2008).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), o número de mortes maternas no Brasil a cada 100 mil nascidos vivos aumentou 94,4% no Brasil durante a pandemia de COVID-19, retrocedendo para níveis registrados no início dos anos 2000. As taxas de morte materna registram falecimentos ocorridos por complicações no parto, gravidez e puerpério.

Em 2021, o país registrou uma taxa de 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, conforme dados preliminares do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro. Em 2019, essa taxa era de 55,31 a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2020, este mesmo número saltou para 71,97 mortes, o que já representou um aumento de quase 25% em relação ao ano anterior (ONU, 2022).

Deste modo, foi baseado nessas questões que surgiu o desejo de aprofundar os conhecimentos relacionados a esse processo, na tentativa de procurar medidas que possam confortar a parturiente, bem como os desafios relacionados a essa área, auxiliando-a em todas as etapas do trabalho de parto.

Com base nessas declarações, foi levantada a seguinte problemática: como deve ser a atuação e assistência de enfermagem durante o trabalho de parto para que ele ocorra de forma humanizada? Já que, por ser um profissional que possui contato direto e constante com a parturiente, ele é um dos elementos centrais para que ocorra uma atenção acolhedora e que supra com as necessidades da mulher em processo de parto, oferecendo acolhimento, orientações e a atenção necessária para a humanização do atendimento prestado (DOS SANTOS, et al. 2022).

Dada à relevância do tema envolvendo o parto humanizado, este estudo se justifica pela necessidade em apresentar a atuação do enfermeiro no parto humanizado em hospitais do Brasil, assim como, expor os benefícios do mesmo, quebrando as barreiras tradicionais e evidenciando

com comprovações científicas, os elementos positivos de uma assistência humanizada para a mulher e recém-nascido, já que humanizar o parto é criar e respeitar as condições dimensionais humanas no sentido biológico, psicológico, espiritual e social, com condutas que propiciam o parto e nascimento saudáveis (OMS, 2018).

Para isso, tem como objetivo descrever o que é o parto humanizado, contextualizando os fatores envolvidos para que ocorra a humanização e seus benefícios, avaliando a importância do profissional de enfermagem no trabalho de parto e evidenciando as condutas e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Para buscar em profundidade a essência da assistência de enfermagem ao parto humanizado, o presente estudo teve como linha metodológica a pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, uma vez que "se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas" (Minayo MCS, 2008).

Trata-se de uma revisão bibliográfica, tendo como foco a identificação da assistência de enfermagem, frente a partos humanizados, em produções científicas que abordaram o mesmo contexto. Sendo que o objetivo de tal tipo de pesquisa possibilitar a discussão do desenvolvimento de um assunto, a fim de que haja a possibilidade de o leitor adquirir conhecimento de uma maneira simples e rápida, tendo base dos documentos publicados, até então, sobre o tema (Oliveira, 2011).

A pesquisa qualitativa é centralizada nas relações sociais, podendo ser empregado no estudo das relações, crenças ou da percepção de opiniões. Sendo assim, atenta-se nos aspectos da realidade que não são capazes de ser quantificados (MINAYO, 2008).

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza (VERGARA, 2005).

A pesquisa do tipo exploratória descritiva, por sua natureza, segundo Vergara (2005) não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa. Os estudos exploratórios permitiram as investigadoras definir o problema e questão de pesquisa de forma

mais precisa, além de proporcionar familiaridade com ele, adaptando-se perfeitamente ao estudo.

Com isso, o trabalho desenvolveu-se a partir da pesquisa eletrônica de materiais publicados, como artigos, dissertações e monografias. A pesquisa foi realizada nos bancos de dados, tais como: Portal Capes, Biblioteca da USP, Bireme, Biblioteca Virtual da Saúde e SciELO., por meio dos descritores: Assistência de enfermagem, parto humanizado, parto normal, humanização do parto.

Foram selecionados 26 artigos para revisão, após leitura minuciosa, foi feita a seleção de X artigos, com os seguintes critérios de inclusão: artigos no idioma português ou espanhol, publicados no período de 2000 a 2022; disponíveis na internet, permitindo acesso ao texto completo; com conteúdo de acordo com o tema do trabalho. Houve a exclusão dos artigos que não cumpriram estes critérios ou não se enquadraram nos descritores utilizados.

CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DO PARTO NATURAL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o parto corresponde a uma série de contrações progressivas, rítmicas e involuntárias do útero, gerando o afinamento, encurtamento e dilatação do colo do útero. No parto normal o nascimento inicia-se de maneira espontânea, o lactente nasce naturalmente em posição cefálica entre 37 e 42 semanas de gestação (MITTELMARK, 2019).

Fisiologicamente o parto é um conjunto de fenômenos e mecanismos que têm a finalidade de expulsar o feto e seus anexos (membrana e placenta). Os principais mecanismos envolvidos são a atividade contrátil uterina e a passagem do feto pela pelve materna. O útero é um órgão predominantemente muscular, possui fibras musculares lisas que dão a característica de voluntariedade ao órgão (MALHEIROS et al, 2012).

Existem substâncias produzidas naturalmente durante a gestação e parto que influenciam na atividade uterina, que são os hormônios progesterona (provoca o relaxamento do útero), adrenalina e ocitocina (promovem a contração das fibras lisas). Dessa forma o útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação, e vão se tornando mais perceptíveis ao decorrer da gravidez, se propagam como ondas que começam no fundo uterino em direção ao colo (MITTELMARK, 2019).

Aproximadamente a partir da 28° semanas, as contrações começam a atingir uma intensidade maior, indolor, e às vezes podem gerar uma pressão e desconforto, sendo chamadas de contração de Braxton Hicks que cada vez mais vão ficando frequentes e intensas atingindo o

máximo nas quatro semanas que antecedem o parto. Para definir o início do trabalho de parto deve-se ter pelo menos duas contrações em dez minutos, além de modificações no colo uterino como o apagamento e no mínimo 2cm de dilatação (MITTELMARK, 2019).

Para Mittelmark (2019), existem os estágios do parto que correspondem a 3 fases, sendo a 1° fase quando se inicia o trabalho de parto, até a total dilatação do colo (10 cm), nela há os períodos: latente e ativo, a 2a fase vai da dilatação total do colo até o desprendimento do feto, e a 3° começa após a retirada do lactente e termina com a retirada da placenta sobre tais períodos o autor faz a seguinte abordagem:

> Durante o período latente, as contrações irregulares tornam-se progressivamente mais bem coordenadas, o desconforto é mínimo e o colo se apaga e dilata até 4 cm. O período latente é variável, sendo difícil precisar o tempo de duração, variando, em média, 8 horas em nulíparas e 5 horas em multíparas; a duração é considerada anormal se for > 20 horas em nulíparas e > 12 horas em multíparas.
>
> Durante a fase ativa, o colo se torna plenamente dilatado e a apresentação fetal insinua-se na pelve média. Em média, a fase ativa dura de 5 a 7 horas em nulíparas e de 2 a 4 horas em multíparas. Tradicionalmente, deve-se esperar que a cérvice se dilate 1,2 cm/hora em nulíparas e 1,5 cm/hora em multíparas. Entretanto, dados recentes sugerem que a progressão mais lenta da dilatação cervical de 4 a 6 cm pode ser normal. O exame pélvico é feito a cada 2 a 3 horas a fim de se avaliar o progresso do trabalho de parto. A falta de progresso da dilatação e a descida da apresentação podem indicar distocia (desproporção cefalopélvica) (MITTELMARK, 2019).

Milttelmark (2019), relata ainda que no primeiro estágio a mulher deve ser estimulada a deambular, pois, assim, esse período pode encurtar, durando até menos que 1 hora, reduzindo as chances de haver necessidade de parto cesárea.

ATUAÇÃO HUMANIZADA DO ENFERMEIRO NO PARTO NATURAL

Para ter um parto natural humanizado o enfermeiro deve acolher à gestante desde o prénatal, pois é neste momento que ela será avaliada quanto às suas características e desejo de ter este tipo de parto. É durante o pré-natal que também será observado os aspectos sociais, de vulnerabilidade econômica, demográfica e outras especificidades epidemiológicas como raça, cor, etnia, estado civil e escolaridade (BRASIL, 2015).

De acordo com Brasil (2015), é essencial que a atenção pré-natal e puerperal seja humanizada, e nota-se um aumento das consultas entre as mulheres que realizam o parto no SUS, porém em regiões como o norte e nordeste o percentual de mulheres que fizeram menos que 7 consultas ainda é baixo, evidenciando assim, que as questões econômicas de cada região do Brasil refletem na qualidade do atendimento prestado pelo enfermeiro e na não adesão ao pré-natal.

Durante o pré-natal o enfermeiro deve inserir ações para promover saúde e prevenir agravos, assim como diagnosticar e tratar problemas que por vezes, possa ocorrer durante o período de gestação. A grávida irá realizar exames Anti-HIV, VDRL, HBsAG, além da tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, sorologia para toxoplasmose e se houver necessidade exame citopatológico, dependendo do resultado do teste HIV o parto deverá ter cuidados especiais para o seu bom desenvolvimento e garantia da saúde do bebê (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2014).

Para haver a consolidação do parto natural humanizado os estados e municípios devem ter uma rede organizada de serviços de atenção de obstetrícia e neonatologia, com ferramentas consolidadas de referência e contrarreferência, levando em consideração aspectos que de acordo com Brasil (2015), incluem:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/ hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;

- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL p.9, 2015).

Para estabelecer um parto normal humanizado o enfermeiro deverá propiciar a não medicalização através da atenção básica, sendo prestada, com a menor 12 quantidade de intervenções possíveis se limitando ao que for realmente necessário. Contar com o uso de tecnologia adequada, que é definida como um conjunto de ações compostas por metodologias, procedimentos, tecnologia, equipamentos e outras ferramentas, todas aplicadas para solucionar um agravo à saúde específico. Esse princípio visa reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologias complexas, onde procedimentos mais simples podem ser suficientes ou até superiores (MALHEIROS et al, 2012).

As ações do profissional enfermeiro deve ser embasadas cientificamente agregando à equipe multidisciplinar e multiprofissional, ter ações integrais que leve em consideração à necessidade emocional, intelectual, cultural e social da mulher, do bebê e familiares, rompendo os cuidados que se limitam somente aos biológicos. As decisões quanto à procedimentos devem ser tomadas com a mulher, respeitando sua dignidade, privacidade e confidencialidade. Tais medidas vão assegurar que essas mulheres sejam protegidas, que haja promoção e suporte ideal para alcançar um parto humanizado (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

No parto natural humanizado o enfermeiro irá promover métodos de alívio da dor como massagens, banhos quentes, técnicas para relaxar. A orientação quanto aos parâmetros da dieta da parturiente deve ser reforçada, pois ela vai ter um grande gasto energético, portanto sua alimentação deve ser em livre demanda. Quanto à privacidade, a mesma deve ser respeitada, a família presente também deve ser acolhida (LABOISSIÈRE, 2017).

Segundo Laboissière (2017), o enfermeiro deve auxiliar a mulher a encontrar a posição que se sentirá mais confortável na hora do parto, além do direito a anestesia, ela também pode solicitar uma reaplicação se necessário. O contato do bebê com a mãe pele a pele, deve ser imediatamente após o nascimento, evitando-se a separação entre ambos na primeira hora de vida para realizar procedimentos como pesagem e banho no neonato.

Procedimentos como episiotomia, uso de ocitocina, cesariana e aspiração naso-faríngea no recém-nascido devem ser evitadas. Durante toda à assistência o respeito deve ser incondicional quanto às crenças, valores e saberes da mulher e /ou do casal. O enfermeiro deve cuidar do processo de gestação preconizando a promoção da autonomia e poder da gestante no trabalho de parto e cuidado com o RN (SOUSA; GAÍVA; MODES, 2011).

O profissional enfermeiro estabelece o reconhecimento do saber feminino, da capacidade de gestar e parir, aceitando o protagonismo da mulher. Colocando todas as práticas, rotinas e tecnologias à disposição desta mulher, respeitando-a enquanto mulher/gestante/puérpera em relação à liberdade de suas ações e desejos, excluindo protocolos ineficazes e valorizando a mulher como condutora do parto (MALHEIROS et al, 2012).

BENEFÍCIOS DO PARTO NATURAL HUMANIZADO

Um dos benefícios do parto humanizado para a mulher é que ela é colocada no centro da atenção multiprofissional, possuindo controle como sujeito de suas ações, atuando de forma íntima e ativa na tomada das decisões sobre seu próprio cuidado, de modo que a equipe atue como facilitadora do processo sob a visão técnica, relacionando respeito pelos direitos da paciente, levando em consideração sua subjetividade e suas referências culturais (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Para Barros (2011), com humanização a dignidade da mulher durante o trabalho de parto é mantida e/ou recuperada, ela tem liberdade quanto às suas escolhas, e recebe um atendimento com enfoque nas suas necessidades, há o alívio das ansiedades, medos e angústias e suas dúvidas são prontamente esclarecidas. Há a companhia da família que influencia em uma tranquilização e sentimento de segurança por parte da gestante. A presença do pai/acompanhante ou das doulas no parto auxiliam no controle da ansiedade o uso de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor durante o processo de parto também são aspectos benéficos do parto natural humanizado.

O nível de estresse e ansiedade no parto natural humanizado é reduzido pelo fato da mulher aguardar o processo fisiológico normalmente, sem ser pressionada pela equipe de saúde, podem ser ofertadas atividades de ginástica, hidroginástica, ouvir música. Durante o nascimento o bebê é exposto ao ambiente favorável ao seu conforto com temperatura agradável, isso faz com ele tenha menos dor e desconforto, reduzindo o choro (SOUSA; GAÍVA; MODES, 2011).

Para Malheiros et al (2019), também há a redução do risco de depressão pós-parto pois a mulher desenvolve mais autoconfiança diante da aceitação das suas decisões, respeito, acolhimento e conforto nos momentos de dor fisiológica e inseguranças emocionais. A redução

de infecções é propiciada neste tipo de parto, pois o aleitamento materno acontece imediatamente e o bebê recebe na primeira mamada o colostro que em conjunto com a microbiota natural da mulher colabora para o fortalecimento do sistema imunológico do RN.

A percepção de humanização no parto pelo enfermeiro influencia na diminuição das cesarianas e busca o resgate no nascimento da forma mais natural possível, atuando contra a desmedicalização da assistência, do abuso de uso tecnológico e da despersonalização do corpo feminino, que são paradigmas quebrados pelo profissional enfermeiro ao prestar uma assistência humanizada (TANAKA; ALVARENGA, 2017).

LEI DO PARTO HUMANIZADO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza algumas atitudes por parte dos profissionais na assistência obstétrica e ressalta também os direitos da mulher para um parto humanizado com base nesses direitos. Entre as atitudes estão:

- Respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto;
- Monitorar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento;
- Responder as informações e explicações solicitadas;
- Permitir a mulher que ela caminhe durante o período de dilatação a adote a posição que deseja no momento de expulsão;
- Orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- Permitir o contato pele a pele entre mãe e criança e o início do aleitamento materno, imediatamente após o nascimento;
- Em relação específica aos serviços: possuir normas de procedimentos e monitorar a evolução do parto pelo partograma, oferecer alojamento conjunto e estimular o aleitamento materno.

Quanto aos direitos da mulher:

- Estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto, por alguém de sua escolha;
- Conhecer a identidade do profissional;
- Serem informadas pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e com seu filho;
- Receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto sem excessos;
- Caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto;
- Receber massagens ou outras técnicas relaxantes;

- Tomar banhos mornos;
- Adotar a posição que desejar na hora da expulsão;
- Receber o recém-nascido na hora de amamentar, imediatamente após o parto;
- Ser chamada pelo nome (SANTOS, et al. 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda ainda que procedimentos que já são considerados como danosos ou ineficazes: tricotomias, episiotomias, enemas, cateterismos venosos, jejum, ruptura precoce de membranas e monitorização eletrônica fetal não sejam feitos rotineiramente (SANTOS, et al. 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo desenvolvido a partir de uma linha metodológica, tendo como base a pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória. Foram utilizados 26 artigos encontrados em bases de dados científicos, filtrados pela relação com o tema da pesquisa. Por conseguinte, através da síntese do conhecimento adquirido, de forma descritiva a partir das etapas realizadas no estudo, foi construído o trabalho fornecendo subsídios para a aplicação dos resultados e impactando de forma positiva sobre a prática de enfermagem.

- **PARTO HUMANIZADO**

Para Santos (2012) o cuidado humanizado é necessário para ultrapassar algumas barreiras como: o desconhecimento das mulheres, de seus familiares e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atividade da resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissionais da saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde com a parturiente.

Desse modo, para que o processo de humanização do parto ocorra de forma efetiva, é necessário evidenciar o pré-natal e sua importância neste período, já que nele é possível realizar o rastreamento do risco, fornecer a orientação necessária a gestante e seus familiares/acompanhantes, bem como os cuidados necessários para promover um bom parto.

A proposta da humanização na assistência à mulher durante o período do trabalho de parto e puerpério é uma proposta do Ministério da saúde (MS), com o objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2005). Assim, a pesquisa revelou que o parto humanizado é uma proposta de lidar com a gestante, respeitando sua natureza e suas necessidades durante esse período.

Para um parto humanizado as instituições deveriam propor-se a organizar serviços de assistência obstétrica por parte dos profissionais de enfermagem na perspectiva da promoção e facilitação de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de possíveis intervenções e agravos, inclusive aqueles resultantes da assistência como a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessárias entre outras (SANTOS, et al. 2012).

Malheiros (2012) afirma que o profissional enfermeiro estabelece o reconhecimento do saber feminino, da capacidade de gestar e parir, aceitando o protagonismo da mulher.
Colocando todas as práticas, rotinas e tecnologias à disposição desta mulher, respeitando-a enquanto mulher/gestante/puérpera em relação à liberdade de suas ações e desejos, excluindo protocolos ineficazes e valorizando a mulher como condutora do parto.

- **PRÁTICAS E ATRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO HUMANIZADO**

Em relação às atribuições do enfermeiro, Scarton (2018) demonstra que, frente ao atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, podem-se elencar o acompanhamento durante o pré-natal até o trabalho de parto; a assistência obstétrica; e o oferecimento de um ambiente tranquilo e favorável segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEM).

Neste sentido, Silva (2016) refere que muitas práticas terapêuticas são utilizadas para o alívio da dor durante o processo de trabalho de parto, dentre eles alguns farmacológicos, sejam sistêmicos ou locais e consistem em administração via parenteral. Opioides são considerados os mais eficientes no alívio da dor, porém podem ocorrer alguns efeitos considerados danos maternos como náusea e vômito e depressão respiratória. Estudos evidenciam também que danos ao neonato, depressão respiratória e escores mais baixos na avaliação neurocomportamental podem durar até 48 horas.

Atualmente, métodos não convencionais estão sendo cada vez mais utilizados e a proposta é a humanização na assistência ao parto até o nascimento. Sendo Métodos Não Farmacológicos (MNFs) recomendados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) classificados como “condutas claramente úteis e que devem ser encorajadas”. São elas:

- Massagens lombos-sacral;
- Técnicas de relaxamento;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Deambulação;
- Exercícios respiratórios;

- Banho de imersão e aspersão;
- Técnicas de relaxamento muscular;
- Método cavalinho, bola suíça, aromaterapia, musicoterapia (SILVA, 2016).

Estudos evidenciam que a utilização desses métodos não farmacológicos proporciona à mulher um maior protagonismo no trabalho de parto fazendo com que o tempo seja inferior, dando conforto, causando menos danos, reduzindo a necessidade de analgesias, fazendo com que a experiência seja positiva e o parto aconteça espontaneamente. A enfermagem é evidenciada pelo ato de cuidar e, assim, constrói laços favoráveis que trazem, a essas parturientes, conforto e confiança durante o trabalho de parto (SILVA, 2016).

Desse modo, a não utilização de fármacos oferece à mulher maior controle em seu trabalho de parto, pois recebe a oportunidade de participar ativamente de todo processo, causando a diminuição dos danos sofridos por ela e pelo neonato. Para que essas medidas sejam realizadas com segurança, é necessário que a relação entre enfermeiro-parturiente seja efetiva, humanizada e holística, assim a gestante se sente acolhida e respeitada em seu momento de maior vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que, humanizar é, portanto, referente ao respeito que o profissional de enfermagem deve ter a individualidade do paciente, através de uma visão holística, dando o devido valor a suas crenças, preferências, cultura, diversidades, opiniões e necessidade. É de suma importância evidenciar novas possibilidades onde a mulher consiga ter maior controle sobre o processo de nascimento e parto, de modo que esteja ciente e tenha fácil acesso aos seus direitos, padronizados pela Organização Mundial de Saúde.

Dentro desse contexto, cabe aos órgãos públicos, gestores, comunidades e profissionais de saúde reivindicarem a implantação de ações destinadas ao atendimento humanizado e a proteção do binômio mãe-filho. Dessa forma, a equipe de enfermagem é a linha de frente que garante a promoção dos direitos da parturiente e do neonato de forma efetiva.

O enfermeiro deve se comprometer com a assistência humanizada durante todo o processo gravídico-puerperal, a fim de promover a saúde, prevenir complicações e diagnosticar intercorrências na gravidez, durante o pré-natal. A equipe de enfermagem dever ser parte integrante da equipe de saúde na assistência integral à mulher, pois são os profissionais mais qualificados para, junto de seu conhecimento técnico-científico, em conjunto com seus preceitos éticos, proporcionar uma assistência digna, com qualidade e efetiva.

REFERÊNCIAS

BARROS M. L. F. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. Rev. Enferm. UFPE Online, 5(2), p. 496-504, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto, Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2015.

CAUS, E. C. M et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. Escola Anna Nery, v 16, n 1, março, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/hsK5q3nhBZ9Pj77Gvsg9SpD/?lang=pt Acesso em: 12 abril de 2022.

CERVO, Amado Luis. BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia científica. 6° Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

DUCAN BB.; SCHIMID MI.; GIUGLIANI ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura, Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. /dez. 2014.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. Atlas. 2002.

Lansky et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2811-2823, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 Abr 2022.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade; Metodologia científica. 7. ed.rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

MALHOTRA, Naresh K. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

AMORIM, Maria Helena Costa. Princípios de humanização na assistência á parturiente no período de dilatação: conhecimento de aplicação por enfermeiros.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 18, p. 156-162, 2014.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

AIRES, Maria Juracy. Técnica e tecnologia do parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

Amaral MC. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910 1927). História, Ciências, Saúde - Manguinhos. 2008.

GUIMARÃES, Nara Moraes et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das partutientes. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 11942 11958, 2021.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 407 p. 2008.

Oliveira,M. F. (2011). Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.Universidade Federal de Goiás. Catalão–GO.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no prénatal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Mortalidade Materna no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944durantepandemia#:~:text=Em%202021%2C%20o%20pa%C3%ADs%20registrou,cada%201 00%20mil%20nascidos%20vivos>.

DOS SANTOS, Maria Rita Francisco; DE OLIVEIRA COSTA, Marli. A assistência da enfermagem no parto humanizado. Research, Society and Development, v. 11, n. 14, p. e284111436470-e284111436470, 2022.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. Rev Enferm UNISA, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

Brasil. Lei Federal nº. 11.108, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do sistema único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2005

SCARTON, J.; RESSEL, L.B.; SIQUEIRA, H.C.H.; RANGEL, R.F.; TOLFO, F.; WEYKAMP,
J.M. Prática de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. Revista Online de Pesquisa, 2018. v.10. nº1. 8p. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5918/pdf >.

SILVA, M.F. Cuidados de enfermagem à mulher com dor de parto: Transformações a partir da pesquisa-ação participativa. Revisão de Literatura. Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem, Salvador, 2016.