

PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS AND WOMEN ON HUMANIZED ASSISTANCE IN THE PREGNANCY AND PUERPERAL CYCLE

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y MUJERES SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN EL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Alana Santos Monte¹
Dafne Paiva Rodrigues²

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal contribui para a desumanização do parto. Objetivou-se conhecer como as mulheres e os profissionais de saúde percebem a assistência humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal. Realizou-se revisão sistemática; avaliação crítica e metassíntese. Selecionaram-se 13 artigos para Avaliação Crítica, resultando em 9 classificados como A e 4 como B. Na metassíntese, criaram-se as subcategorias: Humanização da Assistência; Presença do acompanhante; Realização de intervenções. Os profissionais referiram dificuldades em expressar suas percepções sobre humanização do parto. Já as usuárias relacionaram humanização com apoio profissional. Ambos relataram que a presença do acompanhante favoreceu a humanização. Sobre a realização de intervenções, os profissionais verbalizaram que essas práticas desumanizam a assistência. As mulheres tiveram percepções positivas quanto à deambulação, o *cavalinho*, a *bola de parto* e o banho. Concluiu-se que o processo de humanização tem a necessidade da redução de atitudes intervencionistas que levem à despersonalização do papel da mulher no parto.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Parto humanizado. Percepção.

The increase in interventions in the puerperal pregnancy cycles contributes towards the dehumanization of childbirth. The purpose was to learn about how women and healthcare professionals perceive humanized care during the puerperal pregnancy cycle. A systematic review, critical evaluation and meta-synthesis was performed. 13 articles were selected for Critical Evaluation, resulting in 9 classified as A and 4 as B. In the meta-synthesis, subcategories were created: Humanization of Healthcare; presence of the companion; Conduction of interventions. The professionals reported difficulties in expressing their perceptions about the humanization of childbirth. The users related to the humanization professional support. Both reported that the presence of the companion favored humanization. In relation to the use of interventions, professionals verbalized that these practices dehumanize assistance. Women had positive perceptions about deambulation, the rocking-chair, Swiss ball and bath. It is considered that the humanization process has reduced the need for interventional actions that lead to depersonalization the role of women in childbirth.

KEY WORDS: Nursing. Humanized birth. Perception.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). alanasmonte@yahoo.com.br

² Professora Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. dafneprodriues@yahoo.com.br

El aumento de intervenciones en el ciclo gravídico-puerperal contribuye a la deshumanización del parto. Se objetivó conocer como las mujeres y los profesionales de la salud perciben la asistencia humanizada durante el ciclo gravídico-puerperal. Se realizó una revisión sistemática, evaluación crítica y metasíntesis. 13 artículos fueron seleccionados para la evaluación crítica, resultando en 9 clasificados como A y 4 como B. En la metasíntesis se crearon subcategorías: humanización del cuidado, presencia de acompañante, realización de las intervenciones. Los profesionales informaron sobre dificultades en expresar sus percepciones sobre la humanización del parto. Los usuarios relacionaron humanización con apoyo profesional. Ambos informaron que la presencia de acompañante favoreció la humanización. Sobre la realización de intervenciones, los profesionales expresaron que estas prácticas deshumanizan la atención. Las mujeres tuvieron una percepción positiva sobre la deambulación, el caballo, la pelota suiza y baño. Se considera que el proceso de humanización necesita de la reducción de actitudes intervencionista que llevan a la despersonalización del rol de la mujer en el parto.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería. Nacimiento humanizado. Percepción.

INTRODUÇÃO

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida das mulheres. Com a evolução das ciências médicas e o desenvolvimento técnico-científico, o evento da gravidez passa de um evento familiar para um evento hospitalar conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos (TELES et al., 2010).

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante e destacam os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Tal situação tem contribuído para a elevação dos índices de morbimortalidade materna e o desrespeito aos direitos reprodutivos (CORRÊA et al., 2010).

Neste cenário, a saúde materna e infantil torna-se foco de discussão mundial no que diz respeito à melhoria da qualidade da atenção ao binômio mãe-filho. As afecções perinatais constituem a primeira causa de mortalidade neonatal no país, além de interferirem nas mortes ao longo do primeiro ano de vida. Já a ocorrência da mortalidade materna está relacionada à assistência inadequada durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo ser significativamente reduzida se os serviços dos profissionais e a estrutura institucional forem adequados (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2008, morreram diariamente cerca de 1.000 mulheres devido a complicações da gravidez e do nascimento da criança, incluindo hemorragia grave após o parto, infecções, distúrbios hipertensivos e abortos inseguros. Em 2008,

ocorreram 358 mil mortes maternas, dentre elas, 1.800 foram no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em relação à mortalidade neonatal, globalmente, diminuiu 28% das 32 mortes por mil nascidos vivos em 1990, para 23% em 2010, uma média de 1,7% ao ano. No Brasil, em 2010, ocorreram 36 mil mortes neonatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Deste modo, a partir de 1980, iniciou-se um movimento organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, a qualidade da assistência à parturiente e a inutilização das tecnologias danosas. No Brasil, esse movimento recebeu a denominação de humanização do parto. Há também uma legitimidade política, entre outras que reivindica humanização como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais, direitos reprodutivos e sexuais (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

O conceito de atenção humanizada ao parto traduz a necessidade de mudanças na compreensão do parto, como experiência humana e, para quem o assiste, como uma transformação no que fazer diante do sofrimento do outro. Envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes adequadas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (NASCIMENTO et al., 2010; TELES et al., 2010).

Com o intuito de aplicar essas ações, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da

cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002). O PHPN foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no que se refere à atenção materno infantil. O PAISM, embora tenha como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher a partir de 1984, vem se ampliando e renovando desde 2004 com o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com maior abrangência na atenção à saúde da mulher (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, o PHPN inclui também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal, seguindo os seguintes critérios mínimos: início da realização de consultas pré-natal até o quarto mês de gestação, sendo necessário realizar seis consultas de pré-natal durante a gravidez e realização de exames. Com isso, pretende reduzir a incidência de diversos agravos à saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Apesar da implementação dessa política, os serviços de saúde, destacando os hospitais universitários, campos de aprendizagem e formação de profissionais da saúde, têm desenvolvido uma assistência ao parto, nascimento e puerpério governada principalmente pelo aparato tecnológico e com insuficiente ênfase no suporte emocional e social da mulher e sua família (CORRÊA et al., 2010).

O MS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) definem diversas práticas consideradas humanizadoras e colocadas como diretrizes de assistência humanizada ao parto e nascimento: é essencial fornecer informações às mulheres e a seus familiares sempre que necessário; na admissão, devem-se respeitar a privacidade da mulher e a escolha do seu acompanhante; durante o trabalho de parto, devem oferecer alimentos, dar suporte emocional, oferecer informações sobre os procedimentos realizados e encorajar à

posição verticalizada, oferecendo a liberdade de posição e movimento à parturiente; o controle da dor deve ser feito por meios não invasivos e não farmacológicos, tais como técnicas de relaxamento, massagens, entre outros (BRASIL, 2013).

Segundo o MS (BRASIL, 2001), existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos das instituições até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

Diante do exposto, elegeu-se como questão norteadora para esta revisão: Qual a percepção das mulheres e dos profissionais de saúde quanto a assistência humanizada prestada ao binômio mãe-filho durante o ciclo gravídico puerperal? Dessa forma, nosso objetivo foi identificar o perfil das publicações relacionadas ao tema e conhecer como as mulheres e os profissionais de saúde percebem a assistência humanizada prestada durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, este estudo justifica-se por subsidiar, de forma significativa, a qualidade do atendimento dispensado às mães durante o ciclo gravídico-puerperal, oportunizando aos profissionais de saúde profundas reflexões para repensar o atendimento que está sendo oferecido, para assim elevar a qualidade da assistência com base na redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, possibilitando o planejamento e direcionamento de políticas públicas que visem à promoção da saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada compreendeu três fases: revisão sistemática da literatura, avaliação crítica dos artigos e metassíntese.

A revisão dos textos ocorreu durante os meses de abril a julho de 2012. Primeiramente, houve uma análise preliminar, tendo como critérios de inclusão: estar em português, inglês ou espanhol, abordar a temática de percepção da assistência ao parto humanizado e terem sido

publicados entre os anos de 2000 a 2012. Esta seleção foi efetuada com a leitura do título e dos resumos dos artigos. Foram excluídos os estudos duplicados e os não disponíveis *on-line*.

Para a localização dos artigos, foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme) – no site www.regional.bvsalud.org –, e nas bases de dados Lilacs, SciELO e BDENF. Os descritores utilizados na pesquisa via BVS foram definidos com base na listagem eletrônica dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Parto humanizado; Humanização do parto; Percepção; Enfermagem. Os descritores foram cruzados aos pares, utilizando-se o operador booleano AND. Como estratégia para aglomerar o maior número de artigos, realizou-se o cruzamento do primeiro descritor com o segundo, do primeiro com o terceiro e do primeiro com o quarto.

A segunda fase, a avaliação crítica dos estudos, foi feita com base no *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), um *check list* que traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. O CASP é composto por 10 itens que permitem classificar os artigos em categorias de acordo com a estrutura metodológica. Os estudos foram classificados em categorias A e B (CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME, 2002).

A categoria A significa baixo risco de viés e deve atender a, pelo menos, nove dos dez itens propostos: objetivo claro e justificado; desenho metodológico apropriado aos objetivos; apresentação e discussão dos procedimentos metodológicos; seleção da amostra intencional; descrição da coleta de dados – a escolha do instrumentos e o processo de saturação; relação entre pesquisador e pesquisado; procedimentos éticos; análise densa e fundamentada; resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade; descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações. A categoria B, por sua vez, corresponde a, pelo menos, cinco dos dez itens e significa que são atendidos parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado.

Foram encontrados 63 artigos na base de dados Lilacs, na qual, após aplicação dos critérios de

inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos. No SciELO, inicialmente foram achados 29 artigos, dos quais 6 foram escolhidos, sendo 2 duplicados, resultando em 4 artigos. Na base de dados BDENF foram encontrados 129 artigos que, após o refinamento, foram selecionados 6, dos quais 3 estavam em duplicidade, totalizando 3 artigos.

Logo, deste processo foram encontrados 221 estudos, sendo 13 selecionados para compor a tabela da Revisão Sistemática (BRÜGGEMANN; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005; CAUS et al., 2012; MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006; NASCIMENTO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011; PARADA; TONETE, 2008; RABELO; OLIVEIRA, 2010; SILVA; SANTOS, 2009; SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011), pois atenderam os critérios de inclusão e exclusão. O principal item de exclusão foi a temática, pois a maioria dos artigos captados abordava aspectos do parto humanizado não focalizando a percepção das mulheres e dos profissionais de saúde em relação à parturição. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, fichados e classificados segundo sua temática principal. Essa classificação foi verificada e discutida pela equipe de pesquisadores. Os fichamentos foram tabulados em uma planilha do Excel 2010 (Microsoft Corp., Estados Unidos), o que permitiu a sistematização das principais características dos estudos revisados.

A terceira fase, a metassíntese qualitativa é definida como integração interpretativa de achados qualitativos. Essas integrações formam uma nova interpretação dos resultados, que não pode ser encontrada em nenhum relatório primário de investigação (MATHEUS, 2009).

Para a tabulação das informações contidas nas pesquisas, utilizou-se a seguinte proposta metodológica do metaestudo: Metateoria (análise dos problemas, conceitos e teorias que levaram os pesquisadores a explorar determinadas questões); Metamétodo (análise da abordagem metodológica adotada nos estudos e de suas consequências para a perspectiva lançada sobre os problemas investigados); e Metassíntese dos

dados, que envolveu a análise das análises (confronto das interpretações realizadas nos estudos revisados, reinterpretando os dados à luz dos achados dos demais estudos que compuseram o universo bibliográfico investigado). (LOPES; FRACOLLI, 2008).

RESULTADOS

Esses artigos foram submetidos à avaliação de qualidade de acordo com os critérios de qualidade aplicados, resultando em nove estudos classificados como A e quatro como B. Os estudos selecionados estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos publicados em periódicos classificados por autor, periódicos, Qualis Capes e nível de qualidade – 2012

Autor	Periódicos	Qualis Capes	Nível de Qualidade
Brüggemann, Osis, Parpinelli, 2007	Revista de Saúde Pública	A2	A
Castro e Clapis, 2005	Revista Latino-Americana de Enfermagem	A1	A
Caus et al., 2012	Escola Anna Nery - Revista Enfermagem	B1	A
Marque, Dias e Azevedo, 2006	Escola Anna Nery - Revista Enfermagem	B1	A
Nascimento et al. 2010	Escola Anna Nery - Revista Enfermagem	B1	A
Oliveira et al., 2010	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	B2	B
Oliveira, Rodrigues e Guedes, 2011	Revista de Enfermagem da UERJ	B1	A
Parada e Tonete, 2008	Interface: comunicação, saúde e educação	B1	B
Rabelo e Oliveira, 2010	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	A
Silva e Santos, 2009	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	B2	B
Silveira, Camargo e Crepaldi, 2010	Psicologia: Reflexão e Crítica	B1	B
Souza, Guaíba e Modes, 2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	A
Wei, Gualda e Santos Junior, 2011	Revista Texto & Contexto Enfermagem	A2	A

Fonte: Elaboração própria.

Foi constatado que a maioria dos artigos publicados encontra-se em periódicos de circulação nacional (Qualis: A1, A2, B1 e B2), o que denota a necessidade cada vez maior de os pesquisadores da área estruturarem os achados das pesquisas de modo a trazer contribuições e inovações significativas, a fim de continuarem obtendo o aceite de seus trabalhos em revistas de maior conceito científico e, por conseguinte, com impacto internacional, devido à relevância, originalidade e validade científica das publicações.

Ao analisar o conjunto da amostra, verificou-se que há inexistência de um periódico específico da enfermagem voltado para a obstetrícia, e

isto pode estar dificultando a divulgação do conhecimento produzido. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos gerais da enfermagem, o que compromete também a rápida atualização do conhecimento.

Análise Metateórica

Os estudos qualitativos analisados trazem questões que têm como focos de preocupação: as mulheres, os profissionais de saúde e os acompanhantes. Indubitavelmente, as mulheres são as principais personagens do processo de parturição, sendo imprescindível que sua percepção

seja abordada de forma integral. Os profissionais de saúde também são peças fundamentais nesse cenário, pois são eles que assistem às gestantes nesse momento singular de suas vidas.

Em relação à percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência humanizada, os estudos mostraram que eles puderam analisar criticamente o seu trabalho, os cuidados que prestam aos seus clientes e o que podem fazer para melhorar e tornar mais humanizada essa assistência. Isto porque essas questões suscitam a necessidade de refletir sobre o tema, e isso pode conscientizá-los da importância de sua participação na assistência, educação, promoção da saúde, prevenção de intercorrências na gravidez e recuperação da saúde.

Os referenciais teóricos dos estudos basearam-se nas Políticas e Programas voltados para a Humanização do Parto e Nascimento. Diante disso, criou-se a seguinte categoria: “Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres quanto à assistência promovida ao binômio mãe-filho”. E ainda as subcategorias: Humanização da Assistência; Presença do acompanhante; Realização de intervenções.

Metamétodo

De acordo com as perspectivas dos referenciais teóricos adotados pelos autores, as técnicas adotadas para coleta e análise de dados utilizados por essas pesquisas também foram variadas. A mais frequentemente utilizada nas pesquisas foi a entrevista individual gravada, com roteiro de questões, e posteriormente transcrita. Na organização e análise de dados, a técnica de codificação dos conteúdos das falas dos participantes, proposta por Bardin (2009), foi frequentemente utilizada. Este tipo de análise procura localizar a ocorrência de ideias similares nas falas dos sujeitos, buscando o registro da influência que determinada vivência ou fenômeno tem sobre a pessoa, revelando, na expressão, a sua natureza e trazendo em seu cerne o contexto que é experimentado por todo o grupo. Também foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007;

CASTRO; CLAPIS, 2005; PARADA; TONETE, 2008).

Quatro artigos não mencionam o protocolo obtido com a aprovação da investigação em Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e a utilização de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a realização do trabalho de campo (CASTRO; CLAPIS, 2005; MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006; PARADA; TONETE, 2008; RABELO; OLIVEIRA, 2010). Em relação ao restante, os autores não fazem qualquer reflexão mais aprofundada sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, geralmente limitando-se a apontar os seus aspectos burocráticos – aprovação do CEP e utilização do TCLE –, sem apontar ponderações sobre as implicações das estratégias metodológicas empregadas para os sujeitos investigados.

Metassíntese dos dados qualitativos: percepção dos profissionais de saúde e das mulheres quanto à assistência promovida ao binômio mãe-filho

Os estudos pesquisados possibilitaram a interpretação de que muito se ressalta sobre as mudanças ocorridas no modo de lidar e na assistência prestada ao binômio mãe-filho. Diante disso, foi possível dividir a categoria “Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres quanto à assistência promovida ao binômio mãe-filho” em subcategorias que pudessem relacionar a percepção das usuárias e dos profissionais da saúde quanto às questões inerentes ao processo de parturição, como: humanização da assistência, presença do acompanhante e realização de intervenções.

Humanização da Assistência

Dos artigos selecionados para a pesquisa, seis fizeram referência à percepção dos profissionais de saúde quanto à assistência ao parto humanizado. Em relação ao conceito de humanização do parto e nascimento, os estudos evidenciaram que os profissionais entrevistados tiveram dificuldades em expressar suas

concepções sobre humanização do parto e nascimento (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005; MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006; RABELO; OLIVEIRA, 2010; SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

A humanização foi assim descrita nesses artigos: como um processo que se inicia no pré-parto; como ações voltadas ao recém-nascido, permitindo a presença de acompanhante para a parturiente; oferecendo informações à mãe e aos familiares e atuação de uma equipe multiprofissional no processo de nascimento. As enfermeiras, especificamente, acreditam que se trata de um processo que é fruto de políticas do Ministério da Saúde que buscam melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, por meio da redução das taxas de cesariana e mortalidade materno e infantil e que implica no envolvimento e melhora da formação das enfermeiras obstetras e das concepções e práticas onde é realizado o parto.

Quanto à prática da atenção humanizada no parto e nascimento, os estudos revelaram a importância da participação da enfermeira obstetra no processo de parturição, atribuindo à categoria o papel de orientar a parturiente. Na visão desses profissionais, a parturiente parecia restringir-se a fazer força e ajudá-los a fazer o parto, e caberia a eles a função de orientar sobre o momento certo de fazer força. Sendo assim, a orientação, muitas vezes, estava relacionada à informação sobre o quê e como fazer durante o processo de parto (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

No tocante ao apoio dos profissionais, a maioria das pesquisas selecionadas, quando se referiam a esta temática, recorria a palavras como *conversar*, *não deixar sozinha* e *dar atenção*, demonstrando que as enfermeiras responsáveis pelo cuidado apresentaram interesse em não permitir que as parturientes se percebessem sozinhas.

A importância do toque foi apontada, pois simboliza a quebra de barreiras entre profissional e usuário, ao estabelecer o contato direto e a disponibilidade para compartilhar o que o outro sente. Não é por acaso que o ato de segurar a

mão significa oferecer apoio. Por se sentir fragilizada pelas dores, o toque de outra pessoa (enfermeira) transmite à mulher sensação de carinho e presença, que a alegra e fortalece (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Quanto às dificuldades encontradas, estudos demonstram discursos de profissionais afirmando que a prática de uma atenção humanizada ainda está longe da realidade de trabalho, principalmente em decorrência de normas e rotinas institucionais rígidas e do inadequado espaço físico das salas de pré-parto e parto. Os profissionais explanaram que a área física, organizada de modo a proporcionar privacidade e comodidade para as parturientes, seria uma característica importante da assistência ideal. Outro entrave encontrado nas pesquisas e relatado por profissionais está relacionado à função principal no momento do parto, que foi atribuída ao médico, enquanto à mulher foi atribuído um papel passivo (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Como sugestões para melhoria da qualidade da assistência, os profissionais pontuam: contato da parturiente com o profissional que vai realizar o parto desde o pré-natal; oferecer informações para a parturiente e a família sobre as rotinas do hospital; permitir a presença do acompanhante no processo de nascimento; melhorias na estrutura física das salas de parto; capacitação e conscientização dos profissionais sobre humanização do parto e nascimento; estimular o vínculo mãe-filho; maior participação do enfermeiro na assistência direta à parturiente; e presença do anestesista em todos os partos normais (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

A percepção das mulheres/puérperas sobre a assistência humanizada relaciona-se basicamente ao apoio profissional e ao incentivo, que é fundamental. A vivência que a mulher tem da parturição pode ser prazerosa ou traumática, dependendo daquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde, como a assistência recebida no pré-natal e durante o parto, pois a

escuta, atenção e cordialidade durante o atendimento são essenciais (PARADA; TONETE, 2008; RABELO; OLIVEIRA, 2010; SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Os aspectos positivos relacionados com a atenção foram: orientações realizadas em linguagem acessível, frequência do cuidado, tempo dispensado pelos profissionais para ficar ao seu lado, prontidão no atendimento, auxílio da equipe de enfermagem durante a amamentação, acompanhamento intensivo no pós-operatório, entre outros. Em relação aos aspectos negativos da assistência, embora tenham sido menos citados, os mais comentados nos artigos foram quanto ao atendimento prestado por alguns profissionais, sendo percebido pelas mulheres como grosseiro, impaciente, desumano e pouco atencioso (PARADA; TONETE, 2008; SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

O respeito à mulher durante o atendimento é pressuposto fundamental para a humanização do parto. Nesse sentido, informá-las sobre os diferentes procedimentos a que serão submetidas, esclarecer suas dúvidas e aliviar sua ansiedade são atitudes relativamente simples que requerem, entre outras coisas, boa vontade do profissional (BRASIL, 2013).

Presença do acompanhante

A percepção dos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante foi marcadamente positiva, pois muitos relataram que, com a presença do acompanhante, ocorrem mudanças positivas na assistência, inclusive sentimentos positivos e emoção na equipe, pois o acompanhante influencia positivamente na evolução do trabalho de parto e parto, mudando o comportamento da parturiente. O acompanhante faz o profissional assumir uma atitude mais humana e menos rotineira (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005).

Apesar de identificarem a importância do acompanhante, os estudos mostram que muitos profissionais de saúde apresentam-se moldados por uma norma institucional preestabelecida, que determina as situações nas quais o

acompanhante é permitido, o que parece estar em desacordo com o que determina a legislação (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005).

Não cabe ao profissional decidir quem será o acompanhante ideal, bem como as condições que justifiquem sua presença, pois esse é um direito da mulher estabelecido por lei. Ademais, já existem vários trabalhos, a exemplo da pesquisa realizada por Perdomini (2010), mostrando a importância do acompanhante na prevenção da ocorrência de problemas e intervenções. O estudo de Nascimento et al. (2010) sobre o apoio oferecido por uma única pessoa durante o parto evidenciou que o suporte contínuo durante o trabalho de parto resulta em benefícios, como a diminuição de sua duração, o uso de medicações e analgesia, partos operatórios e depressão neonatal.

No que se refere à percepção das mulheres quanto à presença do acompanhante, os artigos revelaram aspectos positivos e vantajosos. As depoentes reconheceram a importância do acompanhante no tocante ao estímulo e à participação ativa dessa pessoa durante o parto, sendo uma prática que favorece a humanização. Neste sentido, quando o profissional integra um membro da família escolhido pela mulher, em especial, sendo este o pai do bebê, durante o trabalho de parto, estará contribuindo para a parturiente sentir-se mais confiante (NASCIMENTO et al., 2010).

O papel do acompanhante é fundamental para dar suporte emocional, auxiliando a mulher a encontrar forças para levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, reduzindo a ansiedade, tornando o nascimento o mais humanizado possível. Diante disso, o acompanhante proporciona à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto (PERDOMINI, 2010).

A mulher tem a opção de escolher quem será o seu acompanhante. Essa prática reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida. Além disso, essa experiência de apoio proporciona à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança, pois a inserção

do acompanhante na sala de parto constitui um dos métodos não farmacológicos para a redução da dor, seja ele escolhido pela própria mulher ou por outra pessoa treinada para tal (doula) (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Realização de intervenções

Com relação às práticas desumanizadoras, os artigos mostram que os profissionais de saúde entendem que as manobras com fórceps, o uso de ocitocina, tricotomia, enema, a falta de cuidados e a negligência são maneiras de desumanizar a assistência.

Em alguns momentos, os próprios profissionais reconheceram realizar algumas dessas práticas, como, por exemplo, a episiotomia, por sentimentos como medo e insegurança, e não por uma indicação técnica sustentada pela ciência (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010). Essa prática é percebida pelas mulheres como um procedimento invasivo e doloroso, causando medo na parturiente. As mulheres manifestam medo pelo corte que é realizado, mesmo desconhecendo as repercussões desta intervenção, associando este medo tanto à dor física quanto a alterações em sua genitália (LOPES et al., 2012).

Em relação a essas práticas, quanto à tricotomia, não existem evidências de que a técnica reduza a infecção local, como sugerido, mas, ao contrário, o seu uso rotineiro aumenta o risco de infecção, a possibilidade de infecção por HIV e hepatite. Quanto ao enema, proporciona um incômodo à mulher, por apresentar um risco de lesão intestinal. A decisão de realizar ou não o enterocisma (ou enema) deve levar em conta as condições da parturiente, valorizando principalmente a sua opinião. Esta, para poder decidir de forma consciente, deve receber orientação não tendenciosa durante o pré-natal, para que, no momento da internação para o parto, possa fazer a sua escolha (BRASIL, 2001).

No que tange ao uso da ocitocina, o seu uso indiscriminado para aceleração do trabalho de parto ou indução do parto, quando usado precocemente, pode produzir, como efeito adverso, a hiperestimulação uterina, ao invés de

gerar progresso na dilatação da cérvix, trazendo riscos para o feto (SILVA; SANTOS, 2009).

Quanto ao incentivo à deambulação, os profissionais de saúde perceberam como importante para a evolução do trabalho de parto. A possibilidade de poder se movimentar foi percebida como uma mudança positiva, pois, nos partos anteriores, havia a prática da monitorização contínua dos batimentos cardíacos. No entanto, ainda há profissionais que possuem percepções negativas, apontando que essa prática gerava incômodo e havia risco de o bebê nascer durante a movimentação e dificuldade para fazer força na posição vertical (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011; WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto, de acordo com a sua preferência. Em geral, de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha.

Os artigos referem a realização de algumas intervenções não favoráveis ao processo de parto percebidas pelas mulheres, como: orientação para não gritar, que contraria de forma determinante os princípios da autonomia e de direitos da mulher durante o parto, pois favorece sua perda do controle do parto, em detrimento da preocupação com o que foi dito pelo profissional responsável por seu cuidado (CAUS et al., 2012; OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

As pesquisas também referem intervenções positivas, que geraram boas percepções das mulheres, como: utilizar técnicas de cuidado como deambulação, *cavalinho*, *bola de parto* e banho de aspersão para fortalecer a musculatura pélvica, auxiliar na dilatação do colo do útero e para o alívio das dores, assim como relaxamento (CAUS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Outro efeito percebido por elas em relação à movimentação corporal, é que contribuiu para que se sentissem mais encorajadas. Os artigos

apontaram que as mulheres referiram que a liberdade para deambular é fundamental para suportar e aliviar as dores do trabalho de parto (NASCIMENTO et al., 2010; WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011). Estudo realizado, afirma que há diversas vantagens para a mulher quando esta caminha, pois a duração do trabalho de parto é mais curta, as contrações são menos dolorosas, a necessidade de analgésicos é menor e as variações patológicas nos batimentos cardíacos fetais diminuem (SILVA; SANTOS, 2009).

Quanto à oferta de alimentos durante o trabalho de parto, foi percebida positivamente pelas gestantes analisadas nos artigos estudados e houve a constatação de que a ingestão de alimentos, naquele momento, além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propiciou às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo (NASCIMENTO et al., 2010; WEY; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Os partos que são de longa duração requerem enorme quantidade de energia. Por isso, é preciso repor essa fonte de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno. Diante disso, é seguro dizer que, para o parto de baixo risco obstétrico, não há necessidade de restrição alimentar. A abordagem correta parece ser não interferir no desejo da parturiente de se alimentar durante o trabalho de parto (SILVA; SANTOS, 2009). Vale ressaltar que as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, com vias aéreas de difícil acesso) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se, inclusive, a ingestão de líquidos claros (BRASIL, 2001).

CONCLUSÃO

Acerca da humanização do parto e nascimento, as enfermeiras, especificamente, acreditam que se trata de um processo que visa reduzir as taxas de cesariana e a mortalidade materno e infantil. Os profissionais de saúde, em geral, acreditam que lhes caberia a função de orientar sobre o momento certo de fazer força. Já as mulheres/puérperas têm uma percepção sobre a

assistência humanizada voltada ao apoio profissional e ao incentivo, considerando importantes as orientações realizadas em linguagem acessível, frequência do cuidado, tempo dispensado pelos profissionais para ficar ao seu lado, dentre outras.

Quanto à presença do acompanhante, a percepção dos profissionais de saúde e das mulheres foi positiva, pois ambos explanaram que o acompanhante traz consigo mudanças na assistência, contribuindo para o parto humanizado. Além disso, as usuárias consideraram importante o estímulo e a presença do toque do acompanhante no momento do parto.

No tocante à realização de intervenções, os profissionais de saúde explanaram que as manobras com fórceps, o uso de ocitocina, tricotomia, enema, a falta de cuidados e a negligência são práticas que desumanizam a assistência. As mulheres tiveram boas percepções das técnicas de cuidado como deambulação, *cavalinho*, *bola de parto* e banho de aspersão para fortalecer a musculatura pélvica, auxiliar na dilatação do colo do útero e para o alívio das dores e relaxamento. Quanto à episiotomia, essa prática foi percebida por elas como um procedimento invasivo e doloroso.

A mulher deve ser encorajada a atuar como sujeito do evento, pois tem o direito de participar das decisões sobre o nascimento. Ressalta-se, porém, que as próprias mulheres ainda têm dificuldades em assumir um papel participativo no trabalho de parto em função da cultura de subordinação a que estão submetidas. Dessa forma, para humanizar o atendimento ao nascimento, é necessário conscientizá-las, discutindo quais as suas necessidades ou demandas, pois somente assim poderão reivindicar um cuidado melhor.

O processo de humanização tem a necessidade de diminuir o índice de cesarianas e melhorar a assistência à mulher, além de reduzir as atitudes intervencionistas que levam à despersonalização do papel da mulher no parto. Dessa forma, a assistência precisa ser desmedicalizada, para que se consiga alcançar a humanização. Embora não se possa negar que as taxas de cesarianas são a mais viva evidência do processo

de medicalização da vida da mulher no processo de concepção, diminuí-las não significa que se estará humanizando o parto, uma vez que a simples substituição da cesariana por um parto normal intervencionista (excesso de exames vaginais, rotura artificial das membranas, episiotomia, posições tradicionais entre outras) não levará, por si só, à humanização do parto, haja vista que esse processo depende de mudança de paradigma.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Cristiane Andréa L.; TANAKA, Oswaldo Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009.
- ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.
- _____. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. Brasília, DF, 2013.
- _____. Secretaria Executiva. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, DF, 2002.
- BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José D.; PARPINELLI, Mary Angela. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007.
- CASTRO, Jamile C.; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez. 2005.
- CAUS, Eliz Cristine M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2012.
- CORREA, Áurea Christina de P. et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. *Ciênc. cuid. saúde*, Cuiabá, v. 9, n. 4, p. 728-735, 2010.
- CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. *Making sense of evidence*. London: University of Oxford, 2002.
- LONGO, Cristiane S.M.; ANDRAUS, Lourdes Maria S.; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev. eletr. Enf.*, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.
- LOPES, Ana Lúcia M.; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2012.
- LOPES, Daniela et al. Episiotomy: feelings and consequences experienced by mothers. *Rev. pesq.: cuid. fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2623-2635, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532>>. Acesso em: 26 set. 2012.
- MANZINI, Fernanda Cristina; BORGES, Vera Therezinha M.; PARADA, Cristina Maria G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde mater. infant.*, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2012.
- MARQUE, Flávia C.; DIAS, Ieda Maria V.; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-447, dez. 2006.
- MATHEUS, Maria Clara C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. spe 1, p. 543-545, 2009.
- NASCIMENTO, Natália M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.
- OLIVEIRA, Andressa Suelly S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 32-41, 2010.
- OLIVEIRA, Andressa Suelly S.; RODRIGUES, Dafne P.; GUEDES Maria V.C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 249-254, abr./jun. 2011.

- PARADA, Cristina Maria L.; TONETE, Vera Lúcia P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface: comunic. saúde educ.*, Botucatu, SP, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan./mar. 2008.
- PERDOMINI, Fernanda Rosa I. *A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento*. 2010. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- RABELO, Leila Regina; OLIVEIRA, Dora Lúcia. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Rev. esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.
- SILVA, Erika; SANTOS, Inês Maria. A percepção das mulheres acerca da sua parturi(a)ção. *Rev. pesq.: cuid. fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 111-1232, set. 2009.
- SILVEIRA, Sandra Cristina; CAMARGO, Brígido V.; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol.: reflex. crít.*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010.
- SOUZA, Taísa G.; GAÍVA, Maria Aparecida M.; MODES, Priscilla Shirley S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en>. Acesso em: 2 out. 2011.
- TELES, Liana Mara Rocha et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 688-694, out./dez. 2010.
- WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria R.; SANTOS JUNIOR, Hudson P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, dez. 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Levels & trends in child mortality*. Report 2011. Estimates developed by the UN Inter-agency group for child mortality estimation. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf>. Acesso em: 2 out. 2011.
- _____. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf>. Acesso em: 2 out. 2011.

Submetido: 22/10/2012

Aceito: 18/11/2013