

## **AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM RELACIONADAS À HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

### **The nursing practices applied to Humanized Birth**

MIGUEL, Amanda Gabrielle de Aquino Silva <sup>1</sup>

OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim <sup>2</sup>

#### **RESUMO**

O presente trabalho teve por objetivo identificar na literatura científica brasileira as condutas de enfermagem diante da humanização dentro do trabalho de parto e identificar os resultados alcançados. Localizou-se 20 artigos, sendo que 13 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A pesquisa subdividiu-se em 3 categorias principais: História; Assistência; e Legislação. A análise revelou a importância assistencial do Enfermeiro neste processo de humanização, e o quanto foi relevante que se instituísse a Política do Parto Humanizado, pois entre outros benefícios ela deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. Conclui-se que a humanização do parto é uma excelente estratégia para transformar e melhorar a qualidade da atenção obstétrica.

**Palavras Chave:** Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica. Parto Hospitalar.

#### **ABSTRACT**

This work had as an objective to identify in published Brazilian's scientific literature the nursing care concerning the humanization of childbirth and identifying the reached results. Twenty articles were found, and thirteen out of them fulfilled the inclusion and exclusion criteria. The research was subdivided into three main categories: history, assistance and legislation. The analysis revealed the importance of the nurse assistance in the humanization process, and how relevant it was to establish the Humanized Birth Politics, because among other benefits, it must allow and stimulate the fulfillment of female citizenship, rescuing the women's autonomy when in labor. The conclusion is that birth humanization is an excellent strategy to change and improve the quality of obstetric attention.

**Word Key:** Humanized birth. Obstetric Nursing. Hospital birth.

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Materno Infantil da Universidade de Santo Amaro

## INTRODUÇÃO

O termo humanização surge principalmente com fundamento bem simples como o incentivo ao aleitamento materno ainda em sala de parto, presença de familiares ou acompanhante nas salas de pré-parto e parto, resgate do caráter natural e fisiológico do nascimento, com o mínimo de procedimentos intervencionistas, como a tricotomia, os toques vaginais repetitivos, lavagem intestinal (enema), uso indiscriminado de ocitócitos e analgesias. <sup>(1) (2)</sup>

Desde o início do século XX, o Hospital tem sido o principal local para a realização dos partos. Desta forma, ocorreu gradualmente uma mudança de paradigmas entre as mulheres quanto ao nascimento e o parto, ou seja, a casa deixara de ser o lugar ideal e o hospital tornara-se enfim o ambiente mais seguro, com isto, ocorreu também o aumento significativo da cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres que não sobreviviam para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporcionaria segurança à vida, tanto da mulher como do feto. <sup>(3)</sup>

Desde então, observou-se a necessidade de instituir uma política de humanização, política esta chamada de Programa de Humanização no Pré Natal (PHPN), que surgiu em 2002, a fim de reorganizar a assistência, voltando o foco para a mulher e em seu ciclo gravídico-puerperal respeitando a fisiologia do parto, isto porque a gestação passou a ser “tratada” como doença desde que adentrou os hospitais. <sup>(4) (5)</sup>

Um dos grandes impasses na utilização desta prática é a Hegemonia Médica, em que a humanização por parte da enfermagem é basicamente aniquilada, onde as enfermeiras têm pouca ou nenhuma autonomia para exercerem de forma plena o cuidado às mulheres, pois, fatalmente, esbarram nas relações de poder existentes nas instituições de modelos biomédicos. <sup>(6)</sup>

Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas do ser humano sejam atendidas. <sup>(7)</sup>

## **OBJETIVO**

Este estudo tem como objetivo apresentar um breve panorama das práticas do parto humanizado, e contextualizar ao atual cenário obstétrico brasileiro a atuação da enfermagem e legislação a nível nacional e municipal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão da literatura, de REVISAO BIBLIOGRAFICA abrangendo artigos de caráter quantitativo e qualitativo, realizada no período de Fevereiro à Novembro de 2016, a partir da questão norteadora: Quais as práticas utilizadas para humanização do parto no Brasil e como elas se aplicam?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados do Lilacs, Bireme, Scielo (Scientific Electronic Library Online). O período de busca foi definido a partir de trabalhos publicados nos últimos dez anos. As palavras chave utilizadas foram: Parto Humanizado, Enfermagem Obstétrica, Parto Hospitalar e Parto Domiciliar, Assistência de enfermagem ao parto, Enfermeiros e Partos, Legislação do Parto.

Um dos critérios utilizados para seleção dos artigos e publicações foi o período compreendido entre 2006 e 2016, escritos em português, abordando o tema central do trabalho encontrado nas bases de dados citadas.

Utilizamos como critério de exclusão, artigos publicados anteriormente ao ano de 2006 e que fugiam a ideia central.

Concluimos então um estudo final baseado em 20 artigos, dos quais 13 foram utilizados.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **HISTÓRIA**

No passado, o parto era acompanhado por mulheres em ambiente domiciliar, por parteiras ou comadres, que eram pessoas de confiança da mulher ou com experiência na comunidade. A participação masculina até o século XII era mínima, pois a assistência à parturiente era considerado assunto de mulheres, em que as parteiras criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas caseiras para aliviar a dor das contrações. Na idade média, tem

início a atuação do parteiro-sacerdote, e a ajuda era pedida à parteira nos casos complicados, mas foi durante os séculos XVIII e XIX que houve maior aproximação médica ao parto, quando Peter Chamberlain - cirurgião inglês – criou o fórceps, levando a um declínio na profissão das parteiras, aniquilando enfim o paradigma não intervencionista do homem no parto. O fórceps consolidou definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso e partir daí, o parto acabou sendo caracterizado como evento médico.<sup>(8)</sup>

No Brasil colonial, as parteiras eram detentoras da arte de partejar, praticantes de artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes. Quando a corte portuguesa chegou, parteiras francesas formadas foram trazidas além de partejar, elas vacinavam contra varíola, sangravam e tratavam de complicações do útero.<sup>(8)</sup>

Assim que as faculdades surgiram todos os professores dos cursos de farmácia, medicina e de parteiras criados eram médicos, e que permaneceram por décadas. Como forma de facilitar o estudo do corpo da mulher, os médicos do século XIX discutiam a favor da criação de maternidades e colocam em dúvida a competência das parteiras. O final do século XIX foi marcado por discussões sobre a quem competia o cuidado com o parto, e as declarações oficiais afirmavam não ser digno de um médico ou cirurgião tal prática, cabendo-lhes apenas os atendimentos mais graves, onde se necessitava a utilização do fórceps ou a execução de cesarianas.<sup>(8)</sup>

A posição das mulheres frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítima. As mulheres de classe mais alta não aceitavam mais sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além de parir com a assistência de um médico significar maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias.<sup>(8)</sup>

## QUANTO À ASSISTÊNCIA

Nota-se a essencialidade de uma assistência humanizada à parturiente e família recebida do profissional de saúde, levando em conta e respeitando a maneira de ser, de sentir e os direitos dessa mulher. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura e proporcionar a cada mulher os benefícios dos avanços científicos. Mas fundamentalmente, ela deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. <sup>(9)</sup>

O Ministério da Saúde, ao instituir o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, pretende integrar a capacitação técnica da equipe multiprofissional à humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e parto e resgatar esse momento único da parturição para as mulheres e profissionais que o vivem. <sup>(9)</sup>

A maior parte das práticas no atendimento ao parto foram adotadas à medida que iam sendo criadas, não havia critérios específicos para sua utilização, tampouco comprovações científicas de sua eficácia.

Sobre as práticas de assistência e direitos no primeiro estágio do parto:

### 1. Acompanhante

A mulher tem o direito de ter um acompanhante na sala de trabalho de parto – que não um membro da equipe hospitalar. Foi evidenciado que mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. <sup>(10)</sup>

### 2. Dieta

Proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao risco de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte nutricional adequado à mulher, a permissão para a mulher ingerir

alimentos leves ou líquidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações. <sup>(10)</sup>

### **3. Não encorajar a realização de Enema**

O enema de rotina no trabalho de parto ainda é uma prática comum em muitos lugares, com o argumento de que traria benefícios como: aceleração do trabalho de parto, diminuição da contaminação do períneo e conseqüentemente redução dos índices de infecção materna e neonatal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o enema é classificado como uma prática claramente danosa ou ineficaz que deveria ser evitada (OMS, 1996). É importante que a mulher possa optar pela realização ou não do enema, com tais questões esclarecidas. <sup>(10)</sup>

### **4. Não encorajar a Tricotomia dos pelos pubianos**

É realizada com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Muitas mulheres não gostam do procedimento e relatam desconforto durante o período de crescimento dos pelos. Não existem evidências que apoie a tricotomia como rotina no parto e, tendo em vista o potencial de complicações, os autores sugerem que ela não faça parte das rotinas. <sup>(10)</sup>

### **5. Posição e movimentação da mulher**

#### **Antes do Parto:**

Deitada em decúbito lateral esquerdo: embora esta posição possa permitir uma melhor oxigenação fetal em comparação com o decúbito lateral direito e a posição supina, a permissão para que ela escolha a posição que lhe for mais conveniente (isso inclui deambulações e posições verticais), não oferece maior risco, proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia. <sup>(10)</sup>

#### **Durante o Parto:**

A posição de cócoras geralmente é a preferida pelas mulheres quando lhes oferecem a liberdade de escolha. Entretanto, argumenta-se que para a mulher ocidental, não acostumada a adotar tal posição em suas atividades cotidianas, isso poderia resultar em maior trauma perineal, mas as evidências indicam que as

mulheres devem ser encorajadas a adotarem a posição que acharem mais confortável durante o período da expulsão. <sup>(10)</sup>

## **6. Manejo da dor**

A dor extrema pode causar um trauma psicológico para algumas, e para outras os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos de controle podem influenciar negativamente na experiência do parto. O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam atendidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação, e atentar-se às mudanças de comportamento durante o trabalho de parto, que podem indicar a necessidade de utilização de um método efetivo de alívio da dor. Deve-se passar segurança à parturiente, e orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional também devem ser utilizados para alívio da dor. A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, quando for constatada a necessidade ou após solicitação da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto. <sup>(10)</sup>

## **7. Episiotomia**

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, alegando a redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, e redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, se diz que possa diminuir a incidência de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. Entretanto, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como assimetria ou estreitamento excessivo do introito, pregas cutânea, fístula reto-vaginal e fístula anal, prolapso vaginal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual. Nas pesquisas realizadas não foram observadas diferenças nas medidas de

trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária, medidas de dor, baixos índices de Apgar e admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais. A episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual, devido o uso de práticas baseadas em evidências. O seu uso pode ser considerado - mas não obrigatório - em situações de riscos tais como: distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior. <sup>(10)</sup>

## **8. Assistência ao recém-nascido**

Importante ressaltar que o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas, além das outras já mencionadas, irá contribuir, a curto e longo prazo, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, e prevenir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal. <sup>(10)</sup>

O Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde na assistência integral à mulher, deve usar seu conhecimento técnico-científico atrelado aos preceitos éticos de compromisso com a profissão e com a vida humana, proporcionando assistência digna e com qualidade, além da qualificação do profissional.

### **Quanto as funções que competem ao Enfermeiro:**

Às condutas que antecedem o parto:

- proporcionar ambiente confortável para espera;
- toda mulher deve receber atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

No trabalho de parto:

- garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;
- proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

- proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;
- garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.
- estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor. <sup>(11)</sup>

Em um dos artigos revisados, foi evidenciado a falta de participação ativa da enfermagem no processo de parturição dentro de hospitais e maternidades, o que contribui para a falta de conhecimento acerca do tema de humanização. <sup>(11)</sup>

## **LEGISLAÇÃO**

Até os anos 2000 era comum que o serviço ambulatorial de pré-natal "desse alta" à mulher e apenas a orientasse a procurar o hospital no momento do parto ou se aparecesse alguma complicação, isentando-se de quaisquer responsabilidades para a internação da mesma. A falta de acolhimento nas unidades e a "alta do pré-natal" podem ser interpretadas como parte da desumanização dos serviços. Em 2001, na Conferência Internacional da Humanização do Nascimento, realizada em Fortaleza, anunciaram as definições de "humanização" e "cuidado humanizado", acordadas entre as diversas lideranças presentes que, amplas, objetivam contextualizar esta questão. O programa surge com um intuito do olhar holístico frente as gestantes e recém-nascidos, levando o parto não só como um simples evento "biológico" feminino, mas levando a conotação para um lado social e político. O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Até dezembro de 2002, 72% dos municípios do país aderiram ao Programa, com o monitoramento realizado através do cadastro no SISPRE-NATAL e

apresentaram resultados significativos, entre eles, a maioria das mulheres registradas com até 120 dias de gestação, cerca de 20% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas, o registro da vacina antitetânica cresceu em 100% entre 2001 e 2002. Mas nem todos os resultados foram satisfatórios, apenas 2% das mulheres cadastradas em 2001 e 5% em 2002 realizaram o conjunto de todos os critérios assistenciais estabelecidos, mas apesar do baixo percentual houve crescimento de um ano para o outro. (Suzane Jacob)<sup>(9): (12)</sup>

Em São Paulo, instituiu-se em 8 de Novembro de 2013 - PROJETO DE LEI Nº 27/13, DA VEREADORA PATRÍCIA BEZERRA – o Plano Municipal para a Humanização do Parto que dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais e dá outras providências, disposto em 15 artigos aprovados e que discorrem sobre as práticas a serem implementadas para a Humanização do Parto nos estabelecimentos de saúde em um plano individual para cada gestante, tomando como base os princípios regidos pelo SUS.<sup>(13)</sup>

## **CONCLUSÃO**

Concluimos que as práticas do Parto Humanizado não se limitam apenas ao Parto Natural, mas permeiam quaisquer que sejam as formas de nascimento, desde que o processo gravídico puerperal tenha assistência digna e de qualidade que não se limite à expulsão ou retirada de um feto do ventre da mulher, e seja entendido como um fenômeno que precisa de uma abordagem verdadeiramente humanizada, respeitando as normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, considerando os sentimentos, crenças e valores da mulher.

A Humanização do parto é um processo e não um produto que é entregue pronto essa política foi planejada e discutida nacionalmente em atenção aos direitos das mulheres, buscando colocar em prática uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar esse objetivo.

Devemos incorporar o novo conceito de atenção à saúde, que ressalta a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, com uma assistência humanizada, evitando-se intervenções desnecessárias, e preservando a privacidade e autonomia da mulher.

Ainda há um grande caminho a se percorrer, principalmente no que diz respeito à atuação do enfermeiro nos hospitais e maternidades que ainda é minimizada pela presença do modelo biomédico dominante em todo o país, reforça-se então uma reflexão crítica da assistência profissional dispensada diariamente nas instituições, uma vez que esse profissional se faz de suma importância pois o mesmo gera segurança e liberdade em todo o processo gravídico puerperal. O enfermeiro deve utilizar-se da habilidade técnica e científica, além das tecnologias para reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal e proporcionar melhoria na qualidade de vida do binômio mãe-filho.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Oliveira ZMLPd, Madeira AMF. VIVENCIANDO O PARTO HUMANIZADO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO. Revista Escola de Enfermagem USP. 2002 Setembro.
2. CASTRO JCd, CLAPIS MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana. Enfermagem [online]. 2005.
3. CARALO ILCM. A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO. Monografia II, UniCEUB. 2014 Junho.
4. Takemoto AY, Corso MR. PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. Arq. Ciênc. Saúde - Unipar. 2013 Maio - Agosto.
5. MALHEIROS PA, ALVES VH, RANGEL TSA, VARGENS OMdC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto contexto - enferm. [online]. 2012: p. 329-337.
6. Silva ALS, Nascimento ERd, Coelho EdAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015 Julho - Setembro: p. 424-431.
7. Versiani CdC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto humanizado para gestantes. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental

[online]. 2015 Janeiro - Março.

8. Seibert L, Barbosa LdS, Santos Md, CostaVargens Omd. MEDICALIZAÇÃO X HUMANIZAÇÃO: o cuidado ao parto na história. Revista de Enfermagem UERJ. 2005: p. 13:245.
9. Wolff LR, Moura AV. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA. Esc Anna Nery R Enferm. 2004 agosto.
10. Sierra O. Ementa: Atuação do Enfermeiro quanto à adoção das Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 2014 Outubro.
11. Marque FC, Dias MV, Azevedo L. A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. Esc Anna Nery R Enferm. 2006 dezembro.
12. Serruya SJ, Lago DG, Cecatti G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife. 2004 jul. / set.: p. 269-279.
13. FERNANDO HADDAD / ANTONIO DONATO MADORMO. Plano Municipal para a Humanização do Parto. Diário Oficial. 2013 Novembro; 214.