

## PRÁTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE E CUIDADO HUMANIZADO À PARTURIENTE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Silvia Tainá Barroso Guedes (1); Ana Camila Araújo de Medeiros (2); Ana Cristina Lima Carvalho (3); Juliana Araújo do Nascimento (4); Gigliola Marcos Bernardo de Lima (5)

- (1) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [silviataina@gmail.com](mailto:silviataina@gmail.com)
- (2) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [anacamilaamedeiros@gmail.com](mailto:anacamilaamedeiros@gmail.com)
- (3) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [ana.cristinalima209@gmail.com](mailto:ana.cristinalima209@gmail.com)
- (4) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. [juliana.f.n@outlook.com](mailto:juliana.f.n@outlook.com)
- (5) Doutora em Saúde Pública. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité. [gigliolaajp@hotmail.com](mailto:gigliolaajp@hotmail.com)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: A humanização da assistência ao parto inicia-se desde a acolhida de mulheres no acompanhamento pré-natal até o parto. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, fundamental para diminuição da morbimortalidade materno infantil. OBJETIVO: Descrever os cuidados humanizados para a mulher parturiente, como também elencar as principais funções da equipe de saúde nesse determinado momento, caracterizando as práticas desenvolvidas durante o parto humanizado a partir de uma revisão bibliográfica. METODOLOGIA: Este estudo é embasado em uma abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘parto humanizado’ and ‘cuidados de enfermagem’ and ‘atenção à saúde’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Ao final do estudo entendemos que a busca apontou que a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A taxa abusiva de cesárea no país desde a década de 1980 constitui um motivo de complicações no parto e é um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista, onde grande parte das mortes maternas poderiam ser evitadas, com incentivo do parto vaginal e implementação do parto humanizado. CONCLUSÃO: A humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas a partir de mudanças nas práticas.

Palavras-chave: Humanização, parto, cuidados.

**INTRODUÇÃO:** A gravidez é um período extremamente marcante e sonhado por um grande número de mulheres. São nove meses de angústias, dúvidas e também felicidade e novas descobertas. A gestação finaliza-se com o parto, um momento extremamente delicado que se caracteriza pela expulsão do feto e também dos anexos embrionários.

Durante a prenhez, impõe-se garantir a integridade física da gestante, impedindo os inconvenientes da sobrecarga gravídica, e assegurar a perfeita estruturação corporal do concepto por meio de suporte nutricional materno adequado. Durante a assistência ao parto, impõe-se resguardar o organismo fetal de condições hipóxicas e traumáticas, evitando-se medidas que atinjam os interesses maternos, com repercussões infecciosas, hemorrágicas e traumáticas que comprometam a integridade anatômica e/ou funcional da genitália. Assim, a conduta assistencial do obstetra deverá ser permanente e adaptar-se às eventuais ocorrências evolutivas que se apresentarem à parturição (NEME, 2005).

A humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas

demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BRASIL, 2009).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH), a partir de uma preocupação metodológica: como fazer, que percursos trilhar, que trajetos percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal (BRASIL 2014).

Humanizar o parto é atender as necessidades da mulher, é dar o controle da situação para elas, é vê-las de forma holística, é dar apoio emocional, é mostrar as vias e escolha, é explicar o procedimento, é tratá-las não como mais uma cliente, e sim como a cliente. A humanização da assistência ao parto inicia-se na acolhida dessas mulheres para a notícia da gravidez, passando pelo pré-

natal até o momento do parto. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento. O presente trabalho objetivou-se em descrever os cuidados humanizados para a mulher parturiente, como também elencar as principais funções da equipe de saúde nesse determinado momento, caracterizando as práticas desenvolvidas durante o parto humanizado a partir de uma revisão bibliográfica.

A relevância desse estudo está pautada no conhecimento da população em geral, bem como também dos profissionais de saúde a respeito das práticas de assistência à saúde da mulher e ao parto, no que se diz respeito ao tratamento humanizado.

**METODOLOGIA:** Este estudo é embasado em uma abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘parto humanizado’ *and* ‘cuidados de enfermagem’ *and* ‘atenção à saúde’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A gestação é um período no qual a mulher necessita de cuidados especiais pelo fato de vivenciar experiências singulares decorrentes de modificações fisiológicas e psicossociais. A equipe de saúde deve, então, acolher a gestante e desenvolver cuidados com o objetivo de prevenir riscos e promover uma gravidez saudável. A garantia do cuidado integral está fundamentada nas políticas de saúde da mulher (PHPN e PNAISM) e implementadas nas redes assistenciais de saúde. Na atenção pré-natal, o serviço de saúde deve fornecer as bases do cuidado, mediante o atendimento articulado, humanizado e com resolubilidade das ações. Nesta perspectiva, o cuidado na atenção pré-natal deve incluir a qualidade da assistência; a atenção centrada na usuária e não na doença e o estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, aquisição de autonomia e vivência segura no ciclo gravídico (DA SILVA et al, 2012).

Existem diferentes tipos de parto, o parto normal, onde o bebê nasce por via vaginal, mas pode contar com a ajuda de alguns recursos como, episiotomia, episiorrapia,

analgésia, entre outros, a cesárea, que é caracterizada por um procedimento cirúrgico, que se faz necessário todos os cuidados de qualquer outra cirurgia.

A taxa abusiva de parto cesáreo no país desde a década de 1980 constitui um motivo de complicações no parto e é um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. O parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de cesarianas de 40%. Esta situação coloca o país como líder mundial em frequência de cesáreas. Cada cesariana desnecessária significa um risco maior de complicações, como infecção, hemorragia e complicações anestésicas, as quais contribuem com o aumento das taxas de mortalidade materna. Para a criança, o risco principal refere-se aos problemas respiratórios advindos da prematuridade, geralmente associados com a retirada antecipada do conceito antes da maturidade pulmonar plena. Além disso, o excesso de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos mostram que o parto cesariano custa, em geral, de duas a três vezes o valor do parto normal.

Assim, grande parte das mortes maternas poderia ser evitadas mediante a redução das taxas de cesarianas, com a melhoria na qualidade da atenção obstétrica nos serviços de saúde, no incentivo ao parto vaginal e, principalmente, com a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2001).

Parto Natural, que pode ser confundido com o normal, mas o que difere é que no natural não há nenhuma tipo de intervenção e o parto humanizado em que é preconizado uma maior atuação da mulher durante o processo de trabalho de parto e parto propriamente dito, sem a intervenção de aparatos tecnológicos e diminuição da atuação da equipe multiprofissional.

Todas as mulheres em trabalho de parto devem ser avaliadas pelo prestador (médico, enfermeira ou parteira) em relação ao risco, uma vez que o manejo e o local do parto variam em função deste risco. A avaliação deve ser realizada inicialmente e durante todo o trabalho de parto (PORTO, AMORIM E SOUZA, 2010).

Para ancorar a humanização na maternidade, foi sancionada a Lei nº. 11.108, que preconiza a presença de um acompanhante junto à parturiente durante toda a transição do parto. Com esta regulamentação, observa-se que a atenção obstétrica experimente um período de

transição entre o emprego dos aparatos tecnológicos e científicos, que possivelmente beneficiam a assistência de qualidade à mulher, e o reconhecimento de que a assistência à parturiente envolve não só os aspectos físicos, como também o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (DA SILVA et al, 2012).

O domicílio é uma opção de local parturitivo em diversos países como Canadá, Austrália e Países Baixos. Publicações internacionais mostram que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar. Apesar de não recomendar o parto domiciliar, por considerar que apresenta um risco de morte neonatal aumentado em relação ao parto hospitalar, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia relata que esse risco é baixo e o número de intervenções é menor nessa modalidade de assistência (KOETTKER et al, 2012).

A indicação de parto domiciliar apenas acontecerá em gestantes de baixo risco, daí a necessidade da avaliação de risco, desde o pré-natal até a finalização do trabalho de parto.

Várias são as práticas de rotina realizadas por obstetras, particularmente no primeiro período do trabalho de parto, que não são baseadas no mais alto nível de evidência. O local da assistência ao parto é bastante controverso.

Não há evidências contra ou a favor do parto domiciliar ou em hospitais, porém estudos sugerem uma menor frequência de intervenções médicas no parto domiciliar. Destaca-se que, no hospital, o parto na sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) associa-se também a menores intervenções médicas e maior satisfação materna. No Brasil, a maioria dos partos assistidos em hospitais é feita por médicos obstetras, porém estudos sugerem uma maior necessidade de medicalização do parto, quando o médico é o responsável pela paciente. Ressalta-se a importância de definir e classificar a paciente quanto ao risco do parto, no início e durante o trabalho de parto, particularmente nos partos assistidos por parteiras e enfermeiras (PORTO, AMORIM E SOUZA, 2010).

Algumas práticas realizadas no parto humanizado são desenvolvidas por doulas. A doula passou a ser reconhecida nos Estados Unidos em 1976, quando Dana Raphael descreveu a experiência de uma mulher que assistiu o trabalho de parto, o parto e a amamentação de outra mulher. De 1980 em diante, as doulas ganharam popularidade, quando mulheres angustiadas com as altas taxas de cesarianas passaram a convidá-las para instruir no seu parto, providenciando suporte no trabalho de parto, apoio nas suas decisões e ajudando-as a evitar procedimentos que as conduzissem a essa cirurgia. Para a

Associação de Doulas da América do Norte (DONA), a doula é considerada uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto e nascimento, mediante o treinamento pela associação DONA, a qual reporta um crescimento exponencial de certificados conferidos, passando de 31, em 1994, para 2.639, em 2009 (DA SILVA et al, 2012).

A equipe da saúde multiprofissional, que na maioria das vezes é composta por, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, tem muitas atribuições durante o trabalho de parto e parto, principalmente quando há um ato humanizado, pois mesmo que a mulher seja a protagonista de toda a situação, a equipe de saúde tem que estar a todo tempo orientando-a e também atenta e preparada para qualquer intercorrência que possa vir a acontecer. São algumas atribuições da equipe de saúde: Orientar a mãe e a família em todas as etapas do método; Oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; Encorajar o aleitamento materno; Desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; Desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar; Participar de

treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção; Orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado (BRASIL, 2011).

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno na sala de parto são indicadores reveladores da qualidade da atenção no parto humanizado. Alguns obstáculos são encontrados na implementação do cuidado humanizado, o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atitude de resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência; a prática institucional e profissional, que não incorporou integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo. Por outro lado, a adesão da equipe de enfermagem aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença da doula no hospital, a permissão do acompanhante no trabalho de parto para a

maioria das mulheres, a inserção do acompanhante masculino, o apoio verbal e não-verbal dos profissionais de saúde, o acolhimento da parturiente e a atuação do profissional anestesista constituem aspectos positivos que contribuíram para a humanização do cuidado (NAGAHAMA E SANTIAGO, 2008).

Na recente casa de parto do município do Rio de Janeiro, criada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, são realizadas várias práticas humanizadas, desde o pré-natal até o trabalho de parto, uma delas são oficinas educativas no pré-natal. As gestantes são incentivadas a realizar um Plano de Parto em que descrevem os seus desejos acerca do momento do parto, como o tipo de parto, o acompanhante, a música que deseja ouvir, entre outros detalhes do ambiente do nascimento. Esse plano de parto é considerado no estabelecimento de cuidados pela enfermeira no momento da internação durante o trabalho de parto. No que diz respeito ao apoio e incentivo no processo de parto, os dados revelaram que o cuidar da enfermeira obstétrica pode contribuir para que a parturiente tenha o exercício de seu poder de parir (PEREIRA e BENTO, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um

conjunto amplo de propostas de mudanças nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços de saúde conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente devido a enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

A humanização a mulher e ao parto, se refere às ações de cuidado e atenção a essa fase da mulher, as práticas de consulta, comunicação com a gestante antes e no puerpério e a boa orientação e acolhimento da mesma e abordagem dessa fase da vida de acordo com o cotidiano da paciente. Os conteúdos abordados são baseados e evidentemente científicos e são mostrados com várias equipes de saúde e vivenciados, ainda mais baseados no direito que deve ser garantido a parturiente, embora ainda haja grande resistência ao parto humanizado e a saúde da mulher.

**REFERÊNCIAS:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção**

**integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DA SILVA. R. M, et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10 p. 2783-2794, 2012.

DA SILVA. R. M, et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. p. 3635-642, 2012

KOETTKER. J. G, et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-50, 2012.

NAGAHAMA. E.E.I; SANTIAGO. S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NAGAHAMA. E.E.I; SANTIAGO. S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, v. 11 n. 4, p. 415-425, 2011

NEME. B. Neme Obstetrícia Básica. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 1379 p.

PEREIRA. A. L. F; BENTO. A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista Rene**, v. 12. n. 3, p 471-7, 2011.

PORTO, A.M.F; AMORIM, M.M..R; SOUZA, A.S.L. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, 2010.