

ANÁLISE DO CONCEITO PARTO HUMANIZADO DE ACORDO COM O MÉTODO EVOLUCIONÁRIO DE RODGERS

ANALYSIS OF HUMANIZED DELIVERY CONCEPT ACCORDING TO THE EVOLUTIONARY METHOD OF RODGERS

ANÁLISIS DE ACUERDO HUMANIZADO CONCEPTO DE PARTO CON EL MÉTODO DE RODGERS EVOLUCIONARIO

Manoela Costa de Melo Monteiro¹, Viviane Rolim de Holanda², Geyslane Pereira de Melo³

RESUMO

Objetivo: clarificar o conceito “parto humanizado”, expresso pela literatura da área de saúde. **Método:** análise de conceito baseado no Modelo Evolucionário de Rodgers através de 18 artigos científicos. **Resultados:** No contexto do ambiente hospitalar, o parto humanizado apresentou como atributo essencial o respeito à fisiologia do nascimento, expressa uma experiência humana com utilização das boas práticas para promoção do nascimento seguro e ativo. Nos antecedentes verificou-se a influência da qualidade do pré-natal, a estrutura física das maternidades, capacitação da equipe de saúde e o respeito aos direitos da mulher e do recém-nascido. Os consequentes foram expressos em aspectos para a mulher, para o recém-nascido e para a família. **Conclusão:** esta análise possibilitou a identificação de novas concepções como a necessidade de implementar boas práticas obstétricas em todos os serviços de atenção obstétrica e a importância da presença de uma equipe interdisciplinar.

Descritores: Enfermagem; Formação de conceito; Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: To clarify the concept of "humanized delivery". **Method:** Concept analysis based on the Rodgers' Evolutionary Model through 18 scientific papers. **Results:** Within the hospital environment, the humanized delivery presented as an essential attribute the respect for birth physiology; it expresses a human experience with use of best practices for promoting safe and active birth. In the background there was the influence of prenatal quality, the physical structure of hospitals, health staff training and respect for women's rights. The consequents were expressed in aspects to the woman, the newborn and family. **Conclusion:** This analysis extended the conception of the term and allowed the identification of new concepts. In addition to identifying that in some health services, despite the humanization policies, there is a lack of practices that promote quality humanized care.

Descriptors: Nursing; Concept formation; Humanized delivery.

RESUMEN

Objetivo: clarificar el concepto “parto humanizado”. **Método:** análisis de concepto basado en modelo evolutivo de Rodgers a través de 18 artículos científicos. **Resultados:** En el contexto del ambiente hospitales, lo parto humanizado presentó como atributo esencial el respeto a la fisiología del nacimiento, expresa una experiencia humana con utilización de las buenas prácticas para promoción del nacimiento seguro y activo. En los antecedentes se verificó la influencia de la calidad del prenatal, la estructura física de las maternidades, capacitación del equipo de salud y el respeto a los derechos de la mujer y del recién nacido. Los consecuentes fueron expresos en aspectos para la mujer, para el recién nacido y para la familia. **Conclusión:** este análisis amplió la concepción del término y posibilitó la identificación de nuevas concepciones como la necesidad de implementar buenas prácticas obstétricas en todos los servicios de atención obstétrica y la importancia de la presencia de un equipo interdisciplinar.

Descritores: Enfermería; Formación de concepto; Parto humanizado.

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco. ²Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente na Universidade Federal de Pernambuco. ³Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB.

Como citar este artigo:

Monteiro MCM, Holanda VR, Melo GP. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1885. [Access_____]; Available in:_____. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>

INTRODUÇÃO

Desde a década de 80, os modelos de assistência ao parto vêm sendo discutidos de forma cada vez mais enfática, envolvendo tanto questões filosóficas e culturais quanto práticas aplicadas durante o acompanhamento de pré-natal, parto e puerpério. Em tais discussões, notam-se divergentes opiniões acerca de práticas humanizadas⁽¹⁾.

Para alguns autores, o conceito de assistência humanizada durante o trabalho de parto consiste em envolver a presença de acompanhante, diálogo, técnicas de alívio de dor, ingestão alimentar, liberdade de movimentação e escolha da posição de parir. Entretanto, outros transmitem a ideia de que práticas obstétricas humanizadas relacionam-se com ausência de intervenções médicas como a indução medicamentosa do parto, uso rotineiro de episiotomia, manobras de *kristeller*, uso de fórceps, aspiração do recém-nascido (RN), uso de nitrato de prata no RN e separação deste da sua genitora imediatamente após o nascimento⁽²⁾.

As práticas obstétricas são marcadas pela cultura e pelo modelo de assistência à saúde local. No Brasil, o modelo assistencial predominante é o hospitalocêntrico, cuja atenção é centrada na figura médica, entendendo o parto como um evento não fisiológico, mas de risco para a vida de mulheres e crianças⁽³⁾.

Acredita-se que essa é uma das causas das altas taxas de cesariana no país, que atinge 52% dos nascimentos, sem indicação obstétrica⁽³⁾. No setor privado, observa-se prevalência de 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pela cesariana no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações⁽³⁾.

Do ponto de vista filosófico, a humanização de um atendimento em saúde é entendida como uma interação entre profissionais e usuários, capaz de gerar diálogo, respeito, reconhecimento mútuo dos direitos e deveres de ambos e solidariedade. Nesta perspectiva, uma assistência humanizada acontece quando uma equipe multiprofissional é capaz de interagir com as pacientes e familiares de forma que se estabeleça uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais⁽⁴⁾.

Com base no exposto, percebe-se que, atualmente, um dos maiores obstáculos do cuidar humanizado está na cultura organizacional dos serviços de saúde obstétricos. O conceito de

parto humanizado ainda não está incorporado às condutas obstétricas brasileiras. Há uma carência de informações nos centros obstétricos sobre o processo de parto e nascimento humanizado, evidenciada pelo modo como a atenção à saúde está organizada no que se refere à sua estrutura física, à dinâmica de acolhimento, à forma despreparada com a qual os profissionais de saúde recebem a parturiente e seus familiares⁽⁵⁾.

Outro ponto que vale destacar, é a aceitação, de forma acrítica, por parte das parturientes sobre as melhores condutas a serem implementadas durante o seu trabalho de parto. Toda parturiente tem o direito de escolher, junto à equipe multiprofissional, os procedimentos mais adequados ao seu processo de parto. No entanto, na maioria das instituições de saúde, as decisões sobre os procedimentos a serem realizados são tomadas exclusivamente pelos profissionais de saúde⁽²⁾.

O parto humanizado é, portanto, um conceito polissêmico e complexo. A enfermagem obstétrica acompanha a evolução da Política Nacional de Humanização (PNH) e desempenha importante papel na assistência ao processo de parto hospitalar de baixo risco obstétrico⁽⁵⁾.

Analisar um conceito permite elucidar ideias vagas, ambíguas e preconcebidas, de acordo com o contexto histórico social. Portanto, é de grande relevância, definir termos para que sejam eliminadas concepções preestabelecidas subjetivamente e a literatura passe a ser a fonte da aquisição do conhecimento. A utilização de modelos teóricos, para analisar conceitos, fornece subsídios para caracterizar fenômenos adequadamente e mantê-los atuais, levando-se em consideração a sua dinamicidade⁽⁶⁾.

Diante do exposto, este estudo é relevante, pois permite analisar o significado do conceito parto humanizado e adquirir mais conhecimento sobre o tema a fim de qualificar e melhorar a assistência à saúde. Permite ainda a busca por evidências em relação à humanização do processo de parto e nascimento com vistas ao alcance de melhorias no cuidado de enfermagem prestado por meio da precisão na aplicação deste conceito na realidade da área da saúde.

Logo, este estudo objetivou clarificar o conceito de parto humanizado a partir do modelo Evolucionário de Rodgers, para proporcionar um melhor embasamento científico das práticas assistenciais dos enfermeiros obstetras e contribuir para que haja mais coerência entre o

cuidar humanizado e os termos que o definem. Além disso, poderá despertar a sensibilização social sobre os direitos de parir/nascer no sistema de saúde brasileiro, capaz de estimular o respeito no nascimento e uma assistência de qualidade, bem como favorecer a Enfermagem no modelo de assistência obstétrica baseado nas melhores evidências científicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise de conceito baseado no referencial do modelo evolucionário de Rodgers. Esse modelo compreende o conceito como algo dinâmico, amplo e absoluto, além de considerar os aspectos e dependência contextual como influenciadores de seu entendimento. Constitui-se, portanto, numa estratégia válida para investigar um conceito de interesse, contribuindo para a prática e a pesquisa da enfermagem⁽⁷⁾.

O modelo evolucionário estabelece seis etapas complementares e interdependentes: (1) identificação do conceito de interesse; (2) seleção de um domínio adequado para a seleção dos artigos; (3) análise dos dados extraídos dos artigos para identificar os atributos e a base contextual do conceito; (4) análise dos dados, distinguindo as características do conceito, seus antecedentes e consequentes; (5) identificação dos termos substitutos, conceitos relacionados e caso modelo do conceito; (6) identificação de hipóteses e implicações para outros estudos. Optou-se por empregar as quatro primeiras etapas do método por compreender que contemplam o propósito deste estudo.

Levando em consideração as etapas do processo para seleção dos artigos, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Qual o conceito sobre parto humanizado, de acordo com o método evolucionário de Rodgers?

Em obediência às etapas programadas, o conceito de interesse analisado foi “parto humanizado” no ambiente hospitalar, considerando as discussões e sua relevância para a prática assistencial, com o propósito de clarificar o fenômeno para a área da enfermagem obstétrica.

O domínio usado para a seleção dos artigos foi o Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por oferecer acesso à melhor produção científica nacional e internacional. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2015, utilizando-se os descritores controlados *Humanizing delivery, natural childbirth, parturition*.

Para a seleção dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estar disponível, na íntegra, nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol, publicados no período de 2010 a 2015, e ter relação com o conceito em foco. Foram excluídos os editoriais, revisões, cartas ao editor e pesquisas que aplicaram o termo fora do ambiente hospitalar.

Em seguida, foi realizada leitura minuciosa dos títulos e dos resumos dos artigos. Aqueles que suscitaram dúvidas quanto à sua relevância foram lidos na íntegra. Após definição dos textos a serem utilizados, procedeu-se à leitura analítica por meio de leituras e releituras dos textos a fim de identificar os trechos que correspondiam aos atributos essenciais, antecedentes e consequentes do conceito em interesse. Ao término da leitura exaustiva do material, os dados foram organizados de maneira temática advindas da análise conceitual.

Ressalta-se o emprego ético dos conteúdos abstraídos das citações e respeito aos direitos autorais dos dados de artigos de domínio público.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Na busca inicial dos artigos científicos encontraram-se 54 publicações. Após a aplicação dos critérios estabelecidos, excluíram-se 36 artigos. De tal modo, a amostra final do estudo constituiu-se de 14 artigos. Verificou-se a predominância de trabalhos publicados a partir do ano de 2013. Percebe-se o incremento do interesse dos pesquisadores acerca da temática nos últimos anos, o que contribui para a prática, baseada em evidências, por meio da utilização dos resultados de pesquisas. A síntese dos atributos, dos antecedentes e dos consequentes identificados na análise dos artigos está disposta na Figura 1.

Figura 1- Síntese dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito “parto humanizado”, segundo Método Evolucionário, 2015.

Parto humanizado segundo o método evolucionário de Rodgers	Atributos essenciais	<p>Respeito à fisiologia do parto^(8,9, 10, 11,12,13,14,15, 20, 22)</p> <p>Ato de escutar e garantir o direito de conhecimento e escolha da parturiente^(9,12,15)</p> <p>Respeito aos aspectos clínicos do recém-nascido^(10,13,16)</p> <p>Evento fisiológico e sexual⁽¹²⁾</p> <p>Experiência humana que envolve aspectos subjetivos, sociais, psicológicos e emocionais da parturiente^(8,9,10,11,12,16)</p> <p>Reconhecimento dos direitos fundamentais das mães e bebês^(8,9,10,14,16,20,21,22)</p> <p>Conjunto de boas práticas para promoção do nascimento saudável e prevenção da mortalidade materna e perinatal^(10,11,14,16)</p> <p>Utilização de práticas baseadas em evidências científicas⁽²⁰⁾</p> <p>Adoção de medidas que atendam às necessidades bio-psico-emocionais da parturiente, do recém-nascido e da família^(8,12,14)</p> <p>Parto seguro, natural e ativo^(8,12,16,21)</p>
	Antecedentes	<p>Reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento^(10,11,12,13, 14,16)</p> <p>Respeito ao plano de parto, poder de decisão da mulher e informações sobre os procedimentos realizados^(9,12,13,16,18)</p> <p>Desmistificação da dor do parto, medidas de conforto e técnicas não farmacológicas para o alívio da dor^(8,9,10,11,12,13,16, 18, 20,22)</p> <p>Pré-natal qualificado e educação em saúde para as gestantes e acompanhantes^(8,9,11,12,13,15,18)</p> <p>Acolhimento e estrutura física das maternidades adequada^(9,10,11,12,13,14,16,17,19)</p> <p>Suporte emocional e clínico adequado à fisiologia do parto baseado em evidências científicas^(9,10,11,12,14,15, 18)</p> <p>Presença de doula e acompanhante de livre escolha da mulher^(8,9, 10,11, 12,15,18)</p> <p>Presença de um anestesiista disponível durante o trabalho de parto, participação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente^(8,9,10,12,15,17,18,19)</p> <p>Capacitação e conscientização dos profissionais sobre humanização do parto e apoio dos gestores dos hospitais^(8,9,10,12,14,16,17,18)</p> <p>Desmedicalização do processo de parto/redução de procedimentos invasivos^(9,10,11,12,13,14,18)</p> <p>Empatia e boa comunicação entre a equipe multiprofissional e a usuária^(8,9,12,14,17,18, 19, 20)</p> <p>Liberdade de ingestão de líquidos, deambulação e livre escolha de posições confortáveis durante o trabalho de parto e parto^(8,9,11,12,13,17)</p>
	Consequentes	<p>Para a mulher</p> <p>Autonomia e empoderamento^(8,9,10,11, 12,13,16,18)</p> <p>Protagonismo^(8,9, 11,12,13,14,16,17,18, 20)</p> <p>Boa recuperação pós-parto^(11,14)</p> <p>Redução da morbimortalidade materna^(11,12,16)</p> <p>Parto respeitoso e prazeroso^(8,9,11,12,13,16,17,18)</p> <p>Assistência satisfatória^(8,9,11,12,15, 17)</p> <p>Sentimento de valorização e realização pessoal^(8,11,14,13,15,17)</p> <p>Percepção positiva do parto normal^(8,9,12,14,15,16,17,18)</p> <p>Para o recém-nascido</p> <p>Boa vitalidade^(10,11, 14)</p> <p>Promoção do contato pele a pele^(9,10,11,16)</p> <p>Promoção do aleitamento materno exclusivo^(9,10,11,16,18)</p> <p>Favorecimento do vínculo mãe-bebê^(9,17)</p> <p>Cuidado integral^(8,11,17)</p> <p>Para a família</p> <p>Formação de laços afetivos^(8,9,10,12,14,15,16, 17)</p> <p>Valorização dos aspectos sociais e culturais do parto^(10,14)</p> <p>Fortalecimento de vínculo familiar^(8,10,12,14,15,16,17)</p> <p>Satisfação^(8,16,17)</p> <p>Informação sobre a rotina hospitalar^(9,10,11,13,14,15,16)</p>

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Atributos do conceito de parto humanizado

Os atributos essenciais expressam a natureza do conceito⁽¹⁰⁾. Para identificá-los foram utilizados critérios preconizados pelo modelo evolucionário: Como o autor define o conceito? Quais as características do conceito apontadas no artigo? Que ideias o autor discute sobre o conceito parto humanizado?

Houve concordância nos estudos quanto ao princípio do respeito à fisiologia do parto e aos aspectos clínicos do recém-nascido. Os autores expressaram o parto humanizado como uma experiência humana com compreensão dos aspectos subjetivos, sociais, psicológicos e emocionais da parturiente com adoção de medidas que atendam às necessidades bio-psico-

emocionais da parturiente, do recém-nascido e da família.

Além disso, enfatizaram a necessidade de o parto humanizado ocorrer por meio do conjunto de boas práticas para promoção do nascimento saudável e prevenção da mortalidade materna e perinatal, ou seja, foi expressiva a recomendação de práticas baseadas em evidências científicas.

O respeito à fisiologia do parto compreende o nascimento como algo que flui natural e involuntariamente, em que há a necessidade de promoção do bem-estar físico e psíquico do binômio mãe-filho com o mínimo de interferências externas. Isso implica em transformações de conduta dos profissionais de saúde, de rotinas hospitalares e de espaço físico hospitalar⁽¹²⁾.

O parto deve ser compreendido como um acontecimento que envolve questões sociais e culturais, que precisam ser compreendidas e respeitadas pelos profissionais, para que forneçam o suporte emocional adequado à cada gestante e família⁽¹⁰⁾.

Cada mulher vivencia a parturição de forma diferente e dependente de contextos particulares que marcam a sua experiência do parto. Mulheres com experiências positivas durante o processo de parturição têm chances de exercerem a maternidade de forma mais prazerosa do que outras que sofreram violências obstétricas. Acarretam também importantes benefícios para o recém-nascido como o desejo de amamentá-lo e protegê-lo⁽¹⁷⁾.

Percebeu-se o parto humanizado como um evento seguro, natural e ativo ao exercer o ato de escutar e garantir o direito de conhecimento e escolha da parturiente. O nascimento é, historicamente, um evento natural. Como consta em estudo, é, indiscutivelmente, um fenômeno mobilizador. Até mesmo as primeiras civilizações agregaram a este acontecimento, inúmeros significados culturais que, através de gerações, sofreram transformações e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida⁽¹¹⁾.

Ao analisar os atributos essenciais, verifica-se que as expressões utilizadas para definir o parto humanizado complementam-se e estão interligadas entre si, além de convergirem para duas ideias centrais que são: o respeito ao ser humano em sua essência e cidadania e naturalidade com que um nascimento deve ser visto, baseando-se nas melhores evidências científicas.

Apesar do incentivo ao parto natural, após a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento⁽¹³⁾, algumas realidades institucionais revelam não haver grandes transformações neste sentido. Assim, é necessário repensar o nascimento, libertar-se de concepções culturais sobre o parto e enxergar a parturiente com suas necessidades mais primitivas, próprias de mamíferos, como sentir-se seguro⁽¹⁵⁾.

Mudanças estruturais nas maternidades, como existência de quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato) com possibilidade de penumbra, privacidade e silêncio são importantes fatores para facilitar o parto das mulheres. É fundamental que o local do parto seja confortável, aconchegante, agradável, familiar, que garanta respeito à intimidade e segurança da mulher, tornando-a apoiada e acolhida⁽²³⁾.

Estas informações corroboram com um estudo realizado numa sala de PPP, em Recife, onde foi observada a importância de uma estrutura (adequada para receber a parturiente e seu acompanhante, além da aplicabilidade de protocolos assistências) baseada em evidências científicas, para dar suporte aos cuidados prestados à dupla mãe e filho⁽²⁴⁾.

Na maioria das maternidades brasileiras, a realidade da assistência ao parto reflete um atendimento marcado por intervenções de rotina como a punção venosa, uso de ocitócitos, episiotomia, analgesia, tricotomia e lavagem intestinal, valorizando mais o profissional médico do que benefícios ao binômio. Há evidências que a punção venosa, para hidratar a gestante, dificulta a sua deambulação e livre movimentação; a episiotomia gera uma lesão genital que traz grandes desconfortos por atingir o tecido muscular e não previne lacerações perineais⁽¹⁶⁾.

Noutra perspectiva, estão as práticas que devem ser incentivadas como a presença de um acompanhante de livre escolha da gestante, estímulo à deambulação e mudança de posição, uso de técnicas para relaxamento e massagens, a privacidade do ambiente, musicoterapia e exercícios respiratórios⁽¹⁰⁾.

Um estudo realizado na cidade de Campina Grande-PB analisou a percepção de onze puérperas sobre a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto e foram observados efeitos positivos na experiência do trabalho de parto e parto⁽²⁵⁾.

Deambular e movimentar-se durante o trabalho de parto, especialmente realizar o balanço pélvico, promove a autonomia, o protagonismo da parturiente e alivia a tensão e as dores. Banhos de aspersão e imersão, exercícios respiratórios e massagens nas regiões lombar e sacral aliviam a dor, relaxam e aceleram o trabalho de parto, além de reduzirem as chances de intercorrências perinatais⁽²³⁾.

O nascimento humano é marcado por uma série de eventos controlados pela ação dos hormônios ocitocina, endorfinas, catecolaminas, prolactina que, ao receber comandos cerebrais, desencadeiam os momentos do parto. Entretanto, para que todas as fases do trabalho de parto aconteçam adequadamente, é necessário atender às necessidades mais primitivas das gestantes como: privacidade, proteção e segurança. A ideia errônea de que, para acontecer um parto humanizado, a mulher precisa de uma treinadora que a ensinará a parir, não procede, o que pode atrapalhar o processo do parto, gerar estresses emocionais e acarretar uma lentificação do trabalho de parto^(12,17).

Antecedentes do conceito parto humanizado

Os antecedentes compreendem os acontecimentos que precedem o conceito de interesse e, por meio deles, é possível identificar os diferentes contextos em que uma definição pode estar sendo utilizado. Para tanto, as seguintes questões guiaram a construção dos antecedentes: O que é necessário para se obter um parto humanizado? Quais eventos contribuíram para a iminência do conceito humanização do parto?

Infere-se que os antecedentes encontrados para o parto humanizado direcionam o atendimento para o modelo holístico, em que o cuidado é centrado no ser humano e nas suas necessidades individuais biopsicoemocionais. Entretanto, diante do modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil, torna-se árdua a tarefa de implementar cuidados centrados em evidências científicas com mudança de atitude nos protocolos de atendimento ao parto, apesar dos incentivos governamentais para efetivar uma atenção humanizada como a criação dos Centros de Parto Normal (CPN)⁽²⁶⁾.

Deste modo, a experiência de implantação do parto humanizado, em alguns serviços de saúde brasileiros, tem-se apresentado como um processo lento e, de certa forma, difícil. Intervenções múltiplas e consistentes como

melhoria da qualidade no pré-natal, preparo e incentivo das gestantes para o parto vaginal, difusão de protocolos clínicos atualizados, manutenção do debate sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde e nos foros profissionais, investimentos financeiro nos hospitais, oficinas educacionais interativas e capacitação da equipe multiprofissional são fundamentais para alcançar o sucesso⁽²⁶⁾.

A educação em saúde tem importante parcela de contribuição na desmistificação da dor do parto bem como para o empoderamento e protagonismo da mulher no momento do parto, possibilitando perspectivas sociais diferenciadas de conduzir e vivenciar o processo de nascimento. As ações educativas transformam a vida de muitas mulheres porque colaboram para que elas mudem a maneira de gerar, parir e nascer, ao proporcionar à mulher, uma percepção de que ela é capaz de vivenciar as sensações advindas da parturição, reconhecendo o poder das sensações da fisiologia de seu corpo⁽²⁷⁾.

É importante desmistificar a dor do parto e introduzir medidas não farmacológicas de alívio das dores do parto nos serviços de saúde. Quando a parturiente compreende a dor do parto como algo positivo e próprio da fisiologia do parto, o seu organismo tende a liberar beta-endorfinas, que estão envolvidas na modulação da dor e são consideradas um sistema de analgesia endógena⁽²⁵⁾.

A utilização da analgesia é um direito que deve ser assegurado a todas as gestantes. Entretanto, os profissionais de saúde devem orientar a usuária quanto aos riscos e benefícios de seu uso, bem como sua relação com o aumento da prevalência de partos instrumentais. Verificou-se, nos estudos analisados, que as mulheres que se submeteram à analgesia, relatam o processo do parto como uma vivência positiva⁽²⁵⁾.

Em concordância, outro estudo⁽¹⁴⁾ relacionou a atuação da enfermeira ao cuidado mais atencioso, centrado nas necessidades individuais e menos intervencionistas. Com esse cuidado, as parturientes sentem-se mais tranquilas, seguras e encorajadas a suportar esse processo de forma equilibrada⁽¹⁷⁾.

A enfermagem desempenha relação fundamental no desenvolvimento de práticas educativas para as gestantes, de modo que proporcionem uma melhor vivência da gravidez e adequação da mulher às sensações da fisiologia

do parto⁽¹¹⁾. Experiência de um grupo de enfermeiras obstetras, que prestavam ações de educação em saúde para gestantes, verificou que as práticas educativas centradas no acolhimento, no vínculo e na promoção da segurança, colaboram de forma positiva para proporcionar boas experiências para as mulheres durante os momentos de gestar e parir, aumentando o empoderamento feminino⁽²⁸⁾.

A desmistificação da dor do parto para que a mulher tenha uma melhor percepção do parto, o seu empoderamento, segurança e confiança com relação às sensações fisiológicas durante a parturição promovem uma maternidade prazerosa com laços afetivos entre mãe, recém-nascido e família⁽¹⁸⁾.

Um dos estudos, realizados por Camacho e Progiant (2013), descreveu o processo de aquisição de práticas obstétricas hospitalares pelas enfermeiras obstétricas, frente à implantação do modelo humanizado, e identificou que muitas destas, no processo de implantação da política de humanização do parto e nascimento, reconfiguraram sua prática obstétrica de cuidado, centrando-as no estímulo do protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto⁽¹³⁾.

Contudo, a cultura medicalizada de assistência à saúde, a falta de posicionamento ativo durante a parturição e as crenças errôneas sobre a dor do parto geram grande insatisfação durante a vivência do processo de parto. Neste âmbito, vale destacar que os profissionais de saúde devem estar capacitados para atenderem às parturientes e a seus familiares durante todo o processo do parto, visto que, para se garantir uma assistência humanizada é preciso haver uma desconstrução das práticas hospitalares que se perpetuam nas instituições de saúde arraigadas na cultura biomédica⁽¹⁸⁾.

Consequentes do conceito parto humanizado

A definição de consequentes direciona os resultados para os acontecimentos que surgiram após a aplicação do conceito em análise. Para sua identificação, foram empregadas as questões: O que aconteceu como resultado do parto humanizado? Quais implicações para a mulher, para o recém-nascido e para a família?

O sentimento de respeito e prazer é marcante nas puérperas que vivenciam um parto humanizado, especialmente o assistido por enfermeiras obstetras. Estas recebem a gestante de forma acolhedora e carinhosa,

estimulam a movimentação corporal e exercícios de relaxamento, favorecendo o protagonismo e empoderamento da parturiente. O uso dessas práticas e atitudes tem efeitos considerados benéficos pelas mulheres, as quais relatam sentir os seus potenciais internos fortalecidos para a tomada de suas próprias decisões, o que significa o respeito e reconhecimento de seu direito de fazer escolhas.

Entretanto, a carência de protocolos de atendimentos humanizados à gestante, baseados em evidências científicas nos hospitais, e a falta de capacitação dos profissionais de saúde que, após a graduação, deixam de se atualizar com frequência, favorecem a perpetuação de uma relação de poder existente entre o trabalhador de saúde e o usuário, em que o primeiro tem uma postura de detentor do conhecimento e subjuga a autonomia e o poder de decisão da mulher durante o parto, dificultando seu protagonismo, autonomia e empoderamento⁽²⁴⁾.

Os riscos de complicações nos partos normais humanizados são 3,5 vezes menores quando relacionados às cirurgias cesarianas. Dessa forma, o percentual de mortes maternas, as infecções puerperais e as intercorrências perinatais podem ser diminuídos com o incentivo ao parto fisiológico e às práticas humanizadas de assistência ao parto⁽¹²⁻¹⁶⁾.

O sentimento de parto prazeroso e respeitoso foi encontrado nos partos que envolveram cuidados centrados na atenção à gestante e à família durante a assistência prestada por profissionais qualificados. Destaca-se que a satisfação com o cuidado prestado por estes profissionais está relacionada com aspectos como: linguagem acessível para se comunicar com as parturientes, tempo dedicado à escuta destas e auxílio na amamentação⁽²⁹⁾.

Com relação às implicações para a família, destaca-se a importância do acompanhante que, sendo alguém com afinidade com a parturiente, representa a família e dá suporte emocional adequado à mulher⁽¹⁰⁾. Outro estudo⁽¹²⁾ demonstrou que a participação ativa do acompanhante promove suporte emocional à gestante e traz uma referência familiar que se configura em aspectos fragilizados no ambiente hospitalar.

Como benefícios para o recém-nascido, verificou-se o contato precoce entre mãe e filho, o aleitamento materno nas primeiras horas de vida e fortalecimento dos laços familiares⁽¹⁰⁾.

Um estudo realizado por Moreira et al (2014), revelou que o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, logo após o nascimento, foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como a oferta do seio materno na sala de parto (22,4%). Porém, as proporções desta ainda são baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor, encontrada na Região Nordeste (11,5%). Esse resultado demonstra deficiência na promoção e incentivo ao aleitamento materno e no fortalecimento do vínculo entre mãe e filho⁽³⁰⁾.

O recém-nascido, após deixar o útero materno, necessita de cuidados que garantam a sua saúde física e psíquica, por estar vivendo um processo delicado de busca pela homeostasia da vida extra-uterina. Dessa forma, faz-se necessário prestar uma assistência em que o nascimento seja visto não como um ato médico, mais sim, como um evento familiar⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

Os elementos identificados nos artigos, utilizando-se o Método Evolucionário, mostraram-se válidos para a compreensão do conceito estudado, auxiliando a compreensão de uma assistência adequada às necessidades da mulher, do recém-nascido e das famílias.

Os resultados obtidos possibilitaram ampliar a concepção do termo e a identificação de novas concepções como a necessidade de implementar boas práticas obstétricas em todos os serviços de atenção afins e a importância da presença de uma equipe interdisciplinar com inserção de doula e enfermeira da área no processo de parturição.

Assim, de forma geral, a análise do conceito parto humanizado expressou o respeito ao protagonismo e autonomia das mulheres na escolha da via de parto, ao acompanhamento multidisciplinar e ao cuidar baseado em evidências científicas.

Em muitas instituições de saúde, ainda há a concepção equivocada do parto humanizado. A análise realizada identificou a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, melhor estrutura das maternidades, capacitação e conscientização dos profissionais sobre humanização e a desmedicalização do processo de parto com redução de procedimentos desnecessários. Sugere-se ampla discussão sobre os antecedentes encontrados neste estudo para proporcionar uma assistência ao parto seguro e satisfatório às mulheres e suas famílias.

A Enfermagem, como ciência especializada no cuidar, concebe assistência à saúde numa dimensão holística e valoriza os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Neste sentido, apresenta-se como uma profissão adequada para assistir partos de baixo risco obstétrico na perspectiva do conceito analisado.

Diante do exposto, vale destacar a importância das universidades e dos cursos de especializações para a formação de enfermeiros obstetras capacitados em atendimentos humanizados, além do investimento em centros de parto normal. Soma-se a responsabilidade das instituições de saúde, que devem viabilizar cursos de aperfeiçoamento para toda a equipe multiprofissional, a fim de proporcionar partos humanizados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- 1- Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Públ. 2014;48(2):304-3. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
- 2- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Fila MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Públ. 2014;30 Suppl 1:S17-47. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- 3- Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Thene Filha MM et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. Cad Saúde Públ. 2014;30(suppl 1):220-31. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>
- 4- Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad Saúde Públ. 2014;30(supl.1):101-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- 5- Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. Texto Contexto Enferm. 2014;23(3):665-72. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000930013>
- 6- Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. Rev. Recien. 2014;4(11):23-7.

<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.23-27>

7- Cahú GRP, Leite AIT, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa KNFM, Costa SFG. Assédio moral: análise de conceito na perspectiva evolucionista de Rodgers. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):555-9.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400012>

8- Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM.* 2014;4(1):1-9.

<https://doi.org/10.5902/217976928861>

9- Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad Saúde Públ.* 2014;30(Suppl 1):S8-10.

<https://doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>

10- Jamas MT, Hoga LAK, Roberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(12):2436-46.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00039713>

11- Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psicol.* 2013;25(3):585-602.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>

12- Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Públ.* 2012;46(1):77-86.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>

13. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Eletr Enf.* 2013;15(3):648-55.

<https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>

14. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2): 257-63.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>

15. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery.* 2013;17(3):432-38.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300005>

16. Antunes JT, Pereira LB, Vieira MA, Lima CA. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. *Rev Enferm UFSM.* 2014;4(3):536-45.

<https://doi.org/10.5902/2179769212515>

17. Costa RF, Santos I, Progiant JM. Habilidades das enfermeiras obstétricas como mediadoras do processo educativo: estudo sociopoético. *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(4):e18864.

<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18864>

18. Souza MR, Almeida NAM, Medeiros M. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(4): 819-27.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400012>

19. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):329-37.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>

20. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cien Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1059-68.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>

21. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev Enferm UFSM.* 2014;4(2):332-41.

<https://doi.org/10.5902/2179769210245>

22. Lagomarsino BS, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Reme.* 2013;17(3):680-7.

<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130050>

23. Oliveira MA, Dias WJ, Freitas BR. Avaliação da utilização e efeito terapêutico das técnicas da naturologia para o tratamento da dor. *Cad Naturol. Terap Complem.* 2015;4(6):55-65.

<https://doi.org/10.19177/cntc.v4e6201555-65>

24. Melo GP, Andreto LM, Araújo VMG, Holanda VR. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. *Rev Eletr Enf.* 2016;18:e1204.

<https://doi.org/10.5216/ree.v18.40589>

25. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto: percepção de puérperas. *Rev Espaço. Saúde.* 2015;16(2):37-44.

<https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n2p37>

26. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coêlho DMM, Feitosa VC et al. Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev Enferm UFSM. 2015;5(3):521-30.

<https://doi.org/10.5902/2179769214471>

27. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE online. 2013;7(5 esp):4161-70.

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i5a11645p4161-4170-2013>

28. Costa RF, Santos I, Progianti JM. Habilidades das enfermeiras obstétricas como mediadoras do processo educativo: estudo sociopoético. Rev Enferm UERJ. 2016;24(4):e18864.

<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18864>

29. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. Texto Contexto Enferm.

2016;25(1):e4080014.

<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>

30. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Públ. 2014;30 Sup:S128-39.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>

Nota: Este artigo foi extraído do Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória/UFPE-CAV.

Received in: 30/03/2017

Approved in: 27/11/2017

Endereço de correspondência:

Viviane Rolim de Holanda

Rua Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista

CEP: 55608-680 Vitória de Santo Antão/PE - Brasil

E-mail: vivi_rolim@yahoo.com.br