



IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NATURAL
IMPLEMENTATION OF HUMANIZED CARE TO NATURAL CHILDBIRTH
IMPLEMENTACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO NATURAL

Silvia Adrya Martins Franco Motta¹, Danielle Silva Feitosa², Sara Taciana Firmino Bezerra³, Regina Claudia Melo Dodt⁴, Denizelle de Jesus Moreira Moura⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto natural, fundamentada no documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" de 1996. **Método:** estudo transversal, descritivo, realizado com 51 puérperas, em alojamento conjunto de hospital municipal de Fortaleza (CE), Brasil, de setembro a outubro de 2013, por meio de questionário. **Resultados:** 35,29% das mulheres tinham entre 20 e 25 anos, 64,71% não concluíram o ensino médio e 76,47% relataram renda mensal de um salário. Destacaram-se práticas eficazes de atenção ao parto e ao nascimento: apoio empático pelos profissionais (92,16%); uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor (90,20%); liberdade de posição durante o trabalho de parto (74,51%); e práticas inadequadas: cateterização venosa profilática (64,7%), pressão do fundo uterino (62,7%) e transferência da parturiente para outra sala no segundo estágio do trabalho de parto (82,3%). **Conclusão:** as recomendações preconizadas foram realizadas, no entanto, apesar das limitações existentes, urge oferta de recursos disponíveis a parturientes, respeitando a liberdade de escolha destas. **Descritores:** Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Parto Normal.

ABSTRACT

Objective: to analyze the implementation of humanized practices in assisting the natural childbirth, based on the document "Good care practices for labor and birth", of 1996. **Method:** cross-sectional descriptive study conducted with 51 mothers in a rooming-in of a municipal hospital in Fortaleza (CE), Brazil, from September to October 2013, using a questionnaire. **Results:** 35.29% of women were between 20 and 25 years old, 64.71% have not completed high school and 76.47% reported monthly income of one salary. Effective practices of care during labor and birth stood out: empathic support by professionals (92.16%); use of non-pharmacological methods to relieve pain (90.20%); freedom of position during labor (74.51%); and inadequate practices: prophylactic venous catheterization (64.7%), pressure of the uterine fundus (62.7%) and transferring the woman to another room on the second stage of labor (82.3%). **Conclusion:** the proposed recommendations were performed. However, despite the existing limitations, there is urgent need of providing resources to pregnant women, respecting their freedom of choice. **Descriptors:** Humanized Birth; Obstetric; Normal Birth.

RESUMEN

Objetivo: analizar la implementación de las prácticas humanizadas en la asistencia al parto natural, fundamentada en el documento "Buenas prácticas de atención al parto y al nacimiento" de 1996. **Método:** estudio transversal, descriptivo, realizado con 51 puérperas, en alojamiento conjunto de un hospital municipal de Fortaleza (CE), Brasil, de septiembre a octubre de 2013, por medio de un cuestionario. **Resultados:** 35,29% de las mujeres tenían entre 20 y 25 años, 64,71% no concluyeron la enseñanza secundaria y 76,47% relataron renda mensual de un salario. Se destacaron prácticas eficaces de atención al parto y al nacimiento: apoyo empático por los profesionales (92,16%); uso de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor (90,20%); libertad de posición durante el trabajo de parto (74,51%); y prácticas inadecuadas: cateterización venosa profiláctica (64,7%), presión del fondo uterino (62,7%) y transferencia de la parturiente para otra sala en la segunda etapa del trabajo de parto (82,3%). **Conclusión:** las recomendaciones preconizadas fueron realizadas, sin embargo, a pesar de las limitaciones existentes, urge oferta de recursos disponibles a parturientes, respetando la libertad de elección de estas. **Descritores:** Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Parto Normal.

¹Enfermeira do Programa de Saúde na Escola. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: silviaadrya@hotmail.com; ²Enfermeira, Graduada em Enfermagem, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: danielefeitosa10@hotmail.com; ³Enfermeira, Instituto Dr. José Frota, Professora, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: saratfb@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Hospital Infantil Albert Sabin e Maternidade Escola Assis Chateaubrian, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: reginadodt@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Estratégia Saúde da Família, Professora, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: denizellemoreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação figura-se como um momento singular na vida da mulher, representa marco importante, pois pode estar associado ao ápice de sua feminilidade, uma vez que o ato da concepção é uma particularidade inerente às mulheres. Do processo que segue da descoberta da gravidez ao efetivo trabalho de parto e por fim ao parto, esta experimenta um turbilhão de sentimentos, como alegria, medo e dor, necessitando de atenção e apoio emocional.

Medo e dor são sentimentos que permeiam o trabalho de parto, principalmente em se tratando de primigestas, que estão experienciando algo novo. Desta forma, o modo como a mulher é cuidada influencia diretamente na forma como ela vivencia esse momento. O estado emocional interfere na evolução do parto e pós-parto, resultando em práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas com o apoio da equipe multiprofissional.¹

Com a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, ocorreu a consequente medicalização através do modelo médico intervencionista, que passou a determinar os períodos da parturição, tirando da mulher o papel de protagonista, isto é, como capaz de conduzir o seu próprio parto.² Essas práticas tornaram a assistência ao parto desumanizada, pois a mulher passou a não mais decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo.³

Considera-se a mortalidade materna e neonatal importantes indicadores da qualidade da assistência. O Brasil ocupa o 29º lugar em números absolutos de morte materna. Foi contabilizado, em 2007, 77 mortes pra cada 1.000 nascimentos. Além de ser um líder mundial na realização de cesáreas, refletindo o seu modelo assistencial excessivamente intervencionista.⁴

Diante das elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, lançou documento denominado "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento" que lista uma série de práticas que demonstradamente são úteis e que devem ser estimuladas no trabalho de parto e nascimento.²

Em 2000, visando promover assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência

ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.⁵

A fim de consolidar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde instituiu, também, a Rede Cegonha.⁶

Nessa perspectiva, estudos que revelam essa realidade cotidiana possibilitam rever a visão e a forma de trabalho atualmente adotada pela equipe multiprofissional, esperando-se, assim, melhorar a qualidade da assistência prestada às parturientes.

Diante disso, este estudo objetiva analisar a implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto natural, fundamentada no documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" de 1996.⁷

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em hospital secundário, municipal da rede pública de Fortaleza-CE, pertencente à Rede Cegonha.

A amostra constou de 51 puérperas do alojamento conjunto que tiveram parto natural, com idades acima de 18 anos. Foram excluídas as admitidas em período expulsivo, o que inviabilizava a realização de práticas humanizadas de assistência ao parto. A amostragem deu-se por conveniência.

Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2013, por meio de questionário fundamentado no Guia de Atenção ao Parto Normal da OMS e aplicado pelas pesquisadoras. Para o processamento e a análise dos resultados, foi utilizado o banco de dados no programa Microsoft Excel 2010.

Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa, de acordo com a Declaração de Helsinki de 2000 e Resolução 466/12, tendo aprovação do Comitê de Ética, conforme número 18665813.3.0000.5052.

RESULTADOS

Analisar como ocorre a implementação dessas práticas conduz à necessidade de conhecer as características socioeconômicas e clínico-obstétricas das parturientes envolvidas.

O maior número de partos realizados foi em gestantes na faixa etária adulto jovem entre 20 e 25 anos (35,2%), com média de idade de 24,1 e desvio padrão de 5,9. No tocante à situação conjugal, a maioria tinha um companheiro, fosse em união estável (45,1%),

Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF et al.

Implementação da humanização da assistência ao...

fosse casada (17,6%). Não se identificaram analfabetas, 35,2% relataram ter concluído o ensino médio. Infere-se que o baixo grau de escolaridade observado tem repercussão direta na situação ocupacional e no tipo de profissão, pois 68,6% das puérperas estavam desempregadas e 75% destas não haviam completado o ensino médio. As 31,3% que estavam inseridas no mercado de trabalho desenvolviam atividades que não exigiam nível médio de escolaridade elevado (costureira e doméstica).

Quanto à situação obstétrica, 82,3% das puérperas não tiveram abortos. 72,5% realizaram episiotomia de rotina, comprovando a hegemonia do modelo médico-intervencionista, pois quando indagadas a respeito do motivo da realização do procedimento, as participantes relatavam que o profissional as informou que seria para facilitar o nascimento. 11% das puérperas tiveram intercorrências no trabalho de parto e parto. As intercorrências mencionadas pelas participantes foram desconforto respiratório do recém-nascido e prematuridade.

Tabela 1. Frequência de realização das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A). Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Práticas	n (%)
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto	47 (92,1)
Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem	45 (88,2)
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto	38 (74,5)
Início da amamentação na primeira hora do pós-parto	32 (62,7)
Deambulação	27 (52,9)
Respeito ao direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto	26 (50,9)
Utilização somente do cavalinho	17 (33,3)
Massagem	15 (29,4)
Banho por aspersão	13 (25,4)
Utilização da bola e do cavalinho	6 (11,7)

As práticas realizadas com mais frequência envolviam relação interpessoal entre a parturiente e os membros da equipe, demonstrando sensibilização por parte de alguns profissionais.

As práticas de massagem, uso do cavalinho e/ou bola e o banho de aspersão foram

realizados em menor frequência. Estas exigem, além da sensibilização e disponibilidade profissional, disponibilidade de recursos físicos e infraestrutura adequada na instituição.

Tabela 2. Frequência de realização das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas (Categoria B). Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Práticas	n (%)
Uso de cateterização venosa profilática	33 (64,7)
Uso de posição supina durante o trabalho de parto	24 (47,0)
Uso de enema	1 (1,9)
Uso de tricotomia	1 (1,9)

Identificou-se a realização de práticas prejudiciais ou ineficazes, como a cateterização venosa profilática. Está foi

associada em 100% dos casos com jejum pela possibilidade de anestesia e procedimento cirúrgico.

Tabela 3. Frequência de realização das práticas em relação as que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (Categoria C). Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Práticas	n (%)
Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto	32 (62,7)
Uso rotineiro de ocitocina	21 (41,1)
Amniotomia precoce de rotina no 1º estágio do trabalho de parto	15 (29,4)
Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação	2 (3,9)

A pesquisa baseada em evidência possibilita a realização de estudos empíricos e apresenta comprovações científicas que norteiam as ações de cuidado. No entanto, a Tabela 3

apresenta práticas sobre as quais não há comprovação científica e que incitam novos estudos para sua elucidação.

Tabela 4. Frequência de realização das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (Categoria D). Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

Práticas	n (%)
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto	47 (92,1)
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto	42 (82,3)
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia	24 (47,0)
Estímulo para o puxo antes que a mulher sinta o puxo involuntário	18 (35,2)
Cateterização vesical	4 (7,8)
Exames vaginais repetidos e frequentes por mais de um profissional	3 (5,8)

A restrição hídrica e alimentar presente em 92,1% das mulheres esteve relacionada com a possibilidade de procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO

As gestantes adultas jovens se encontram em uma faixa etária propícia à gravidez, sendo menos propensas a apresentar complicações maternas e perinatais associadas às características da adolescência ou do envelhecimento.⁸

No tocante à primeira recomendação, referente ao oferecimento de líquidos no trabalho de parto e parto, observa-se que esta rotina ainda é motivada pelo temor quanto à possibilidade de aspiração do conteúdo gástrico, caso a paciente seja submetida a uma anestesia para realização de uma cesariana. No entanto, não se justificaria, em todos os casos, optar por esta conduta, já que o trabalho de parto e parto requer significativa quantidade de energia, podendo aumentar ainda mais o desconforto e reduzir os níveis de glicemia, acarretando, desta forma, riscos para o feto.⁸

Quanto ao direito ao acompanhante, 50,9% das participantes obtiveram, em parte, essa permissão. A lei não foi cumprida em sua totalidade, pois restrições quanto ao sexo e permanência na sala de parto foram impostas pela cultura institucional e profissional.

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.⁹

A presença do acompanhante contribui para melhoria dos indicadores de saúde, uma vez que promove diversos benefícios cientificamente comprovados, como a redução da duração do trabalho de parto e da administração de ocitócitos na indução do mesmo, além de contribuir para diminuição da taxa de cesariana, do uso do fórcepe e da necessidade de analgesia.⁴

Percebeu-se, ainda, desconhecimento das puérperas quanto ao direito de ter um acompanhante durante todo esse processo, pois quando questionadas relataram não saber

desta garantia conferida pela constituição. Deste modo, é importante que durante o pré-natal a gestante pense sobre a escolha de quem poderia acompanhá-la na maternidade para que o acompanhante possa ser orientado quanto ao seu papel, de forma a interagir com a equipe na assistência humanizada que será prestada durante a vivência de um momento tão natural como o parto.

Outra recomendação consiste em incentivar a parturiente, de acordo com sua destreza motora, a alternar posturas, como sentada no leito, na cadeira, na banqueta, em decúbito lateral, ajoelhada, agachada, de quatro apoios ou em pé com inclinação de tronco. As mudanças posturais podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna.¹⁰

Embora grande parcela das parturientes tenha tido liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, 25,4 % delas permaneceram em repouso no leito porque desejaram permanecer nesta posição ou porque não foram orientadas sobre os benefícios da movimentação e da adoção de posturas verticalizadas para progressão do trabalho de parto.

O fato de a maioria das mulheres referir satisfação quanto à assistência recebida reflete que elas não detêm de conhecimento acerca da humanização da assistência preconizada pela OMS, uma vez que foram realizadas práticas inadequadas ou que devem ser utilizadas com cautela.

A comunicação empática e efetiva transmite apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher sintam-se seguras e respeitadas como pessoa, além de contribuir para uma participação mais ativa da mulher no parto.¹¹⁻¹²

No tocante ao uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para aliviar a dor e o desconforto, a bola suíça é uma das práticas recomendadas. Seu uso possibilita a participação ativa da mulher no processo parturitivo, pois facilita a adoção de posturas verticalizadas que diminuem a dor materna, facilitam a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorando as contrações uterinas e diminuindo o trauma perineal.¹³⁻¹⁴

Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF et al.

A manutenção dessa prática requer número adequado de bolas, além do quantitativo profissional suficiente, já que a utilização da bola pela parturiente requer orientação e supervisão de um profissional de saúde, pois em situação contrária pode provocar queda e não deve ser recomendada.

O cavalinho foi utilizado com maior frequência no estudo em questão. As que não utilizaram justificaram que preferiram não fazer uso do método e outras relataram que o recurso não foi ofertado. Supõe-se que em razão do método não requerer supervisão dos profissionais, somente orientação, ele foi mais ofertado do que a bola suíça. Este método consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente e promove um balanço pélvico.¹⁵

A massagem é um método de estimulação sensorial que tem o potencial de promover alívio da dor e o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional, melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.¹⁰ Segundo o relato das puérperas, este cuidado não foi ofertado em 70,5 % dos casos. Ressalta-se que essa prática exige tempo e disposição profissional.

Essa situação poderia ser amenizada, caso a Lei do Acompanhante fosse regularmente cumprida, visto que além dos benefícios comprovados para a parturiente, decorrentes da sua presença, o acompanhante, quando bem orientado, poderia contribuir com a equipe de enfermagem na realização de alguns cuidados simples, como a massagem.

Outra possibilidade seria a inserção de Doulas. Nos casos em que a parturiente não disponha de acompanhante, as Doulas podem, de fato, ajudá-las a relaxar, respirar corretamente e tranquilizá-las.

Projeto desenvolvido em uma maternidade brasileira, intitulado Projeto Doulas - "Ajudando a nascer" descreve que a figura desta profissional no processo parturitivo é de grande valia na ajuda à equipe. A Doula atua dando apoio emocional, suporte nas informações à mulher e nas medidas de conforto físico.¹⁶

Estudo constatou que mulheres que deambulam têm menor duração do trabalho de parto devido à melhor contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e de analgesia, além de diminuir a necessidade de realização de parto vaginal com fórceps e episiotomias.¹⁷ No entanto, a todas as parturientes tem de ser garantida a liberdade para interromper a deambulação quando desejarem.

Implementação da humanização da assistência ao...

A musicoterapia e o banho por imersão não foram utilizados para amenizar a dor de nenhuma puérpera. Dentre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, não há necessidade da realização de todas, no entanto é mister a oferta de todos os métodos disponíveis, respeitando-se a liberdade de escolha da puérpera.

A cateterização venosa profilática foi realizada para o uso de ocitócitos e hidratação venosa. Seguindo a recomendação da OMS, 54,9 % das parturientes foram estimuladas a adotar posturas verticalizadas e a deambular, não ficando, assim, em posição supina durante todo o trabalho de parto. Porém, parte das parturientes que permaneceu na posição supina relatou não ter recebido orientação, a minoria delas se manteve em repouso no leito por preferência. As parturientes deram à luz em posição supina ou litotômica.

Verificou-se que, dentre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, o uso de cateterização venosa profilática, seguida do uso de posição supina durante o trabalho de parto, foram as mais realizadas na instituição.

A pressão exercida no fundo uterino ou Manobra de Kristeller, mesmo um procedimento proscrito, ainda foi frequentemente realizada neste estudo. Esta manobra é reconhecidamente danosa à saúde e se configura em uma violência à mãe e ao bebê, além de prejudicar o assoalho pélvico, o períneo, causar inversão uterina, ruptura uterina, bem como uma série de complicações no parto e pós-parto, podendo inclusive causar a morte materna ou fetal.¹⁸

A superlotação frequente nos hospitais ou a admissão precoce pode influenciar na realização da Manobra de Kristeller e administração de ocitocina visando aumentar a rotatividade dos leitos do pré-parto e a capacidade de atendimento.

Acrescenta-se que nenhuma parturiente utilizou analgesia sistêmica ou peridural. O alívio da dor proporcionado por agentes farmacológicos são indiscutíveis, no entanto esse benefício pode trazer prejuízos ao bem-estar materno e fetal. Seu uso está associado a alguns desfechos adversos, como o aumento do risco do parto vaginal operatório devido ao relaxamento, promovido pela analgesia, do assoalho pélvico, a redução da atividade uterina e supressão do reflexo do puxo durante o segundo estágio do trabalho de parto.¹⁹

Assim, métodos não farmacológicos disponíveis para aliviar a dor da parturiente devem ser esgotados antes de se optar por um

Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF et al.

método farmacológico que produz tantos efeitos negativos e que impede a mulher de assumir o papel de protagonista no próprio parto.

Desaprova-se, todavia, a realização de toques vaginais repetidos e frequentes, realizados especialmente por mais de um prestador de serviços. A instituição acolheu esta recomendação, pois 94,1 % das mulheres relataram a realização de até seis toques durante todo o trabalho de parto, por no máximo dois profissionais.⁷

A episiotomia foi realizada em 47,0 % dos casos, no entanto este ato cirúrgico não deve ser empregado deliberadamente, devendo ser realizado somente em casos específicos, em que haja sofrimento fetal, insuficiência do trabalho de parto ou quando houver riscos de lesões perianais espontâneas graves.⁶

Por se tratar de um procedimento cirúrgico, o mesmo deve ser informado e autorizado pela mulher antes de sua realização, caso contrário, configura-se em uma violência obstétrica.²⁰

Evidências atuais destacam a dor, o edema, a infecção, a dispaurenia, as lacerações de terceiro e quarto grau e o efeito negativo da imagem corporal feminina como riscos associados a essa intervenção.²¹

Dentre as práticas utilizadas de modo inadequado, as três que mais se destacaram foram a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, seguida da transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto e, por fim, o uso liberal ou rotineiro de episiotomia.

CONCLUSÃO

Muitas são as dificuldades para se prestar assistência humanizada às mulheres em processo parturitivo. Estas dificuldades relacionam-se à necessidade de profissionais capacitados e sensibilizados para tal; da disponibilidade de recursos tecnológicos e infraestrutura adequada da instituição; além de se tratar de um momento em que a mulher encontra-se suscetível a sentimentos, como alegria, medo e dor, necessitando de atenção e apoio emocional.

Percebeu-se que muitas das recomendações da OMS para esse momento foram realizadas na instituição, no entanto, apesar das limitações existentes, a assistência poderia ser aprimorada pela realização das práticas humanizadas com todas as parturientes. Medidas simples, como a deambulação, a respiração, o banho de chuveiro, o apoio empático e o fornecimento

Implementação da humanização da assistência ao...

de informações, não têm custo e somente dependem em grande parte da sensibilidade do profissional.

Urge, portanto, sensibilizar a equipe multiprofissional para o cuidado humanizado, preparando-os para realizar uma assistência fundamentada no respeito, na promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos a fim de que se possam implementar as práticas baseadas em evidências científicas com as instalações físicas e os recursos tecnológicos adequados disponíveis.

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas continuam a ser empregadas: o uso de cateterização venosa profilática e posição supina durante o trabalho de parto foram as mais realizadas na instituição. Dentre as práticas que não apresentam evidências científicas suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, foram realizadas com maior frequência: a pressão no fundo uterino durante o parto e uso rotineiro de ocitocina.

Dentre as práticas utilizadas de modo inadequado, destacaram-se a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto e o uso de episiotomi.

As práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas não foram ofertadas a todas as parturientes, conforme constatado pelos dados: apoio empático pelos profissionais; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; e uso dos métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor. Dentre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, destacam-se: a técnica de respiração, a deambulação e o cavalinho.

O enfermeiro, sobretudo o especialista em obstetrícia, ocupa lugar de extrema importância na assistência, sendo capaz de direcionar e sensibilizar a equipe multiprofissional para o cuidar humanizado como forma de mudar o atual cenário da obstetrícia.

As entidades de classe devem caminhar junto aos profissionais, procurando estabelecer um processo de integração com a sociedade, as autoridades governamentais, as Escolas de Enfermagem e as Universidades, congregando esforços multiprofissionais e multisetoriais com o compromisso social de melhoria das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, na defesa dos direitos de

Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF et al.

cidadania assegurados pela Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

1. Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 05];12(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>.
2. Rocha JÁ, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. FEMINA [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 05];38(3):119-26. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>
3. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 07];32(3):479-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n3/07.pdf>
4. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único Silvia Maria Santiago de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 07]; 11 (4):415-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília (DF); 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. [citado 2015 dez. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#art8
7. (OMS) Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
8. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Mendoza-Sassi RA. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2012; [cited 2015 Oct 10];12(4):383-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a05v12n4.pdf>
9. Brasil. Decreto-Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 08 abr 2005, Brasília (DF):2005. Disponível em: www.planalto.gov.br.
10. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. FEMINA [Internet]. 2011; [cited 2013 Oct 10];39(1):41-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
11. Dornfeld D, Pedro ENR. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct. 12];13(2):190-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a05.html>
12. Guerra CS, Brito LPB, Moraes MN, Cordeiro RC, Araujo VS, Dias MD. The importance of care provided to women by traditional midwives during household childbirth. J Nurs UFPE on line. 2013 [cited 2013 Oct 12];7(8):5214-9. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6937
13. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 15];24(5):656-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>
14. Silva EF, Strapasson MR, Fischer ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 15];1(2):261-71. Available from: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/2526-11244-1-PB.pdf>
15. Teles LMR, Américo CF, Pitombeira HCS, Freitas LV, Damasceno AKC. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [citado 2013 Oct 18];4(2):498-503. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../pdf_40
16. Cunha AA. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. FEMINA [Internet]. 2010 [citado 2013 Oct 18];38(11):559-606. Available from: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav38n11_599-606.pdf

Implementação da humanização da assistência ao...

Submissão: 29/07/2014

Aceito: 06/01/2016

Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Denizelle de Jesus Moreira Moura.
Rua José Sombra, 253
Bairro Parque Araxá
CEP 60450-610 – Fortaleza (CE), Brasil