



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PARTO HUMANIZADO: A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE AS
PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DURANTE O PROCESSO PARTURITIVO**

**MEDEIROS, MARIA DA DAGUIA DE¹
PESSOA, KARINE SYMONIR DE BRITO²
SOARES, JOANA DARC DANTAS³**

RESUMO

O parto natural é um momento sublimite e fisiológico vivenciado pela mulher no processo reprodutivo, porém as atitudes adotadas pelos profissionais na assistência ao parto podem resultar em situações de difícil enfrentamento pelas puérperas. Nessa perspectiva surge o seguinte questionamento: As práticas obstétricas desempenhadas nos serviços de saúde estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde? O objetivo do estudo é analisar por meio da revisão de literatura quais as práticas obstétricas estão sendo adotadas no processo parturitivo a partir dos relatos de experiências das puérperas, bem como comparar os resultados com o conceito recomendado pelo Ministério da Saúde e avaliar a humanização do parto pelos profissionais de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa da literatura de artigos científicos disponíveis em língua portuguesa indexados nas bases de dados LILACS, coleção SCIELO e BVS, publicados entre os anos de 2010 à 2016 e manuais disponíveis em pdf do Ministério da Saúde. As buscas ocorreram entre março a junho de 2017. Resultou na seleção de 08 artigos e no mais novo manual das diretrizes nacional de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde. Através dos estudos concluiu-se que apesar do incentivo as boas práticas na assistência ao parto e nascimento preconizados pelo Ministério da saúde, ainda é possível encontrar como forma de violência obstétrica, intervenções consideradas desnecessárias ao parto natural. Sendo a adesão às boas práticas comprovadamente eficazes utilizadas em menores proporções pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Práticas obstétricas, Assistência de enfermagem, Humanização no parto.

¹ Graduanda em Enfermagem – da_guia2016@hotmailcom

² Prof^a. Dda Orientadora – Karine.symonir.edu@gmail.com

³ Prof^a Mestre Co-orientadora – joanadarc_enfe@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

As ações exercidas pelos profissionais que prestam atendimento durante a gravidez, o parto e o nascimento podem trazer resultados consideráveis a saúde física e psicológica da mulher, sendo as boas práticas na assistência um caminho para promover o respeito, a dignidade e autonomia das gestantes e das crianças na hora do nascimento (BRASIL, 2014).

A rede de assistência permeada pelos princípios e diretrizes da rede cegonha vem colocar em prática os direitos pertinentes às mulheres, recém-nascidos e às crianças até os dois anos de idade, trazendo como principais objetivos a ampliação do acesso as gestantes, acolhimento precoce com classificação de risco, vinculação da gestante à maternidade de referência para assistência ao parto, garantia de transporte sanitário ou de urgência se necessário, incentivo às boas práticas na promoção do parto seguro, garantia da participação do acompanhante de livre escolha da gestante e garantia do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Entre as diversas práticas que podem gerar consequências às parturientes estão às violências de gênero exercidas pelos obstetras nas instituições de atendimento, as agressões verbais como ameaças e xingamentos, o uso exacerbado de ocitocinas com intuito de acelerar o trabalho de parto, a episiotomia de períneo desnecessária, a imposição de posições inadequadas, a subestimação da dor referida pelas pacientes, a proibição do acompanhante na hora do nascimento e a falta de informação sobre as intervenções realizadas no corpo da parturiente (BARBOSA; MOTA, 2016).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e atualizações do Ministério da Saúde brasileiro devem ser adotado as boas práticas comprovadamente eficazes nos procedimentos obstétricos realizados nas instituições de atendimento às gestantes, com intuito de diminuir os riscos advindos com a parturição e evitar constrangimentos às pacientes na hora do parto. Sendo possível através das medidas alternativas para alívio da dor transformar um momento doloroso em uma experiência positiva para mãe e para o recém-nascido (ROCHA; NOVAES 2010; OMS, 1996).

Um desafio que surge como reflexo das etapas vivenciadas pelas puérperas é saber lidar com as lembranças advindas da parturição, o enfrentamento das marcas e sequelas encontradas no corpo e na mente reflete como sinônimo de sofrimento

entre as puérperas, que na maioria das vezes estão associadas às práticas não recomendadas pelo Ministério da Saúde na atenção à parturiente (BARBOSA; MOTA, 2016).

A falta de informação durante o acompanhamento do pré-natal associado aos procedimentos considerados desnecessários ao parto e nascimento, contribui consideravelmente para ocasionar traumas físicos e psicológicos à vida sexual e reprodutiva da mulher no processo parturitivo (WEIDLE et al., 2014).

Entende-se que nesse cenário a autonomia das mulheres pode estar sendo desrespeitada durante o trabalho de parto normal pelos profissionais que as assistem, uma vez que as aplicações de práticas desnecessárias estão cada vez mais frequentes nas instituições consideradas adequadas para atender as gestantes no momento da parturição.

As intervenções desnecessárias aplicadas em um processo que deveria acontecer de forma fisiológica podem resultar em situações de difícil enfrentamento pelas puérperas a médio e ao longo prazo, acarretando em sequelas significativas na vida reprodutiva e social da mulher (BRASIL, 2014).

Essa investigação possibilitará esclarecer a partir dos relatos de experiências das puérperas baseado na revisão de literatura, quais as práticas obstétricas estão sendo adotadas no processo parturitivo, comparando os resultados com o conceito recomendado pelo Ministério da Saúde. O estudo permitirá abordar informações sobre os métodos adotados no processo de parto, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e o grau de satisfação das mulheres com a desenvoltura do parto (SANTOS; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Portanto, espera-se que os resultados obtidos no estudo possam contribuir com informações relevantes para promover a reflexão dos profissionais envolvidos na assistência ao parto sobre as práticas prejudiciais a saúde reprodutiva das parturientes. Estimulando-os consequentemente a aderirem às boas práticas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro e baseado nas evidências científicas nas rotinas obstétricas, desencorajando-os à adoção de intervenções desnecessárias.

Desta forma tem-se o seguinte questionamento: As práticas obstétricas desempenhadas nos serviços de saúde estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde?

O objetivo do estudo é analisar por meio da revisão de literatura quais as

práticas obstétricas estão sendo adotadas no processo parturitivo a partir dos relatos de experiências das puérperas, bem como comparar os resultados encontrados com o conceito recomendado pelo Ministério da Saúde e avaliar a humanização do parto pelos profissionais de saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo apresentará o aprofundamento teórico realizado sobre a temática abordada em estudo. Esses denominados de processo parturitivo, intervenções obstétricas, boas práticas obstétricas e humanização no processo parturitivo pelos profissionais de saúde.

2.1.1 Processo Parturitivo

A fisiologia da mulher permite a realização de duas vias de parto: A primeira e mais conhecida é a via de parto vaginal, também chamada de via de parto normal ou eutócica; e a segunda é realizada através de procedimento cirúrgico, denominada de cesária (ZIEGEL; CRANLEY, 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2015). A gravidez dura em média 280 dias, está dividida em 40 semanas ou em três trimestres, enquanto que o parto pode ser classificado em três períodos: O pré-termo quando o parto acontece de maneira prematura, á termo quando o parto ocorre dentro do tempo esperado e pós-termo quando ultrapassam as 40 semanas de gestação. A gravidez pode ser diagnosticada por meio de exames físico e laboratorial, manobras de palpação, ausculta fetal e exames de imagem como a ultrassonografia abdominal (REZENDE; MONTENEGRO, 2015).

Ziegel e Cranley (2011) descrevem que o nascimento concreto do feto é denominado de parto. Segundo Rezende e Montenegro (2015) o trabalho de parto inicia-se com as contrações uterinas, rítmicas e completa dilatação do cérvix, culmina com a descida e expulsão fetal, prossegue com a fase do secundamento ou dequitação, logo em seguida ocorre o período de Greenberg que se refere às primeiras horas após a saída da placenta onde há a hemostasia dos vasos sanguíneos e involução uterina.

O parto normal é uma via de escolha que permite menores riscos às parturientes, visto que a estabilização fisiológica acontece de modo favorável e traz diversos benefícios para a mãe e para o recém-nascido. Desde a minimização de desconfortos no pós-parto imediato, a redução no tempo de hospitalização, evitando ainda quedas no índice de infecção e complicações hemorrágicas (LEGUIZAMON

JÚNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

O parto cesáreo consiste em um procedimento cirúrgico que através da incisão abdominal retira-se a criança do interior do útero da mãe, está indicado quando o trabalho de parto natural apresenta distorcia ou perigo para mãe e o concepto (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Nesse sentido, cabe ao obstetra a escolha adequada para situação apresentada ainda no decorrer do partejamento, possibilitando o envolvimento e a participação da gestante nas atitudes e decisões tomadas em relação aos procedimentos adotados para realização do parto, visto que nem toda gravidez de risco é sinônimo de cesárea (BRASIL, 2012).

De acordo com a rede cegonha (2013) a adesão às boas práticas no parto e nascimento baseado em evidências científicas devem ser adotadas nos procedimentos obstétricos em todas as maternidades do Brasil. Com garantia da participação do acompanhante de livre escolha da gestante no pré-parto, parto e pós-parto, promovendo o efetivo acolhimento e a classificação de risco nos serviços que prestam o atendimento, de maneira horizontal e individualizada.

Após o término do processo de parto que ocorre em salas de partos dentro das instituições ou em centros especializados para promover a parturição de forma humanizada, encaminha-se a parturiente e o recém-nascido em bom estado avaliativo de saúde para o alojamento conjunto. Nesse local para onde são levados permanecerão e receberão assistência pós-natal por um período mínimo de 24 horas, até receberem alta hospitalar (BRASIL, 2013).

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem são profissionais responsáveis por prestarem assistência e cuidados a esse público. Para Odininio e Guirardello (2010) esses profissionais devem incentivar o aleitamento materno exclusivo e em livre demanda, orientar a puérpera acerca dos cuidados básicos com o recém-nascido e favorecer o contato direto entre mãe e filho.

Logo após o parto a mulher inicia o período pós-natal, também denominado de puerpério, tem-se que é uma fase de transição do corpo da mulher do estado gravídico ao retorno das condições fisiológicas anteriores á gestação. Esse período inicia-se logo após o parto e progride por aproximadamente seis semanas depois do nascimento. O período pós-neonatal está dividido em pós-parto imediato, tardio e remoto conforme corroboram Ziegel e Cranley (2011), Rezende e Montenegro (2015). A primeira classificação - o pós-parto imediato – compreende o primeiro

período pós-parto com a saída placentária, estendendo-se por volta do 10º dia. O segundo período vai do 11º dia até 45º dia pós-parto. Por fim, o terceiro período compreende do 46º dia até a completa recuperação da puérpera.

Essa fase vivida pela mulher que acaba o período gestacional pode ser acompanhada da dor pós-parto. A dor no pós-parto está frequentemente relacionada com procedimentos adotados no momento do parto, como o caso da episiotomia e episiorrafia de períneo, que causa desconforto no puerpério imediato e tardio (BELEZA et al, 2012).

Nesta etapa do ciclo reprodutivo da mulher surgem as manifestações de insegurança, angústia, e medo de não saber cuidar do bebê, associada às condições hormonais ocorridas com o fim da gravidez e o possível surgimento de síndromes hemorrágicas, cabendo ao enfermeiro e ao obstetra identificar e interferir de forma eficaz no enfrentamento das dificuldades e complicações vivenciadas pelas puérperas (REZENDE; MONTENEGRO, 2015).

As variadas etapas que acometem o ciclo gravídico aos quais passam as mulheres necessitam de apoio e acolhimento por parte dos familiares e dos profissionais de saúde, visto que as mudanças fisiológicas, psicológicas e socioculturais que ocorrem na fase reprodutiva, podem causar dificuldades de difícil adaptação pelas puérperas, sendo necessário acolhê-las com paciência e compreensão, de modo a viabilizar a progressiva participação na estabilização fisiológica anterior à gestação (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

2.1.2 Intervenções Obstétricas

Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), que incentiva a adoção das boas práticas comprovadamente eficazes na atenção ao parto e nascimento, o parto é um evento espontâneo e natural que merece ser acompanhado sem a necessidade de interferências desnecessárias. Porém o modelo que prevalece nas instituições que prestam atendimentos às parturientes é dotado de intervenções obstétricas na assistência ao parto vaginal, deixando de ser um processo fisiológico para torna-se um evento de âmbito hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Por meio das evidências científicas é possível afirmar que muitas práticas aplicadas na assistência obstétrica e neonatal são exercidas sem a confirmação

imperiosa por estudos científicos bem elaborados. A introdução de novas práticas associado a tecnologias sofisticadas no intuito de alcançar melhorias no processo reprodutivo não obteve os resultados desejados. O que demonstra a importância da implantação de práticas comprovadamente eficazes no nascimento de forma segura, que garantam os direitos da mãe e do bebê sem o uso de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2014).

O estudo de Andrade et al. (2016), revela por meio de um estudo realizado com 603 puérperas em uma maternidade escola de Pernambuco que aproximadamente 87% das pacientes entrevistadas sofreram algum tipo de violência obstétrica no trabalho de parto e parto, considerando o uso de práticas desnecessárias, contrapondo-se com o que é preconizado pelo ministério da saúde em relação à adoção das boas práticas comprovadamente eficazes na assistência ao parto.

Uma das práticas que se encontra em desuso no processo parturitivo é a proibição da parturiente quanto a ingestão de líquidos e alimentos no trabalho de parto, argumentado pela possibilidade de bronco-aspiração de conteúdo gástrico em procedimento anestésico, presente em mulheres de risco habitual submetidas à anestesia geral. Porém a necessidade na manutenção de um aporte calórico e uma adequada hidratação da mulher durante o trabalho de parto e parto favorecendo conforto e bem estar não aumentaria a incidência de complicações no momento do parto (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).

A aplicação de lavagens intestinais ainda presente em algumas maternidades também está contraindicado no trabalho de parto. A justificativa no uso dessa prática é que o procedimento acelera o trabalho de parto, diminui o risco de infecção de períneo pela exposição de eliminações intestinais na hora do parto. De acordo com publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) o enema constitui-se como uma prática ineficaz, portanto deve ser evitada (BRASIL, 2014).

Outra prática em desuso é a tricotomia das genitálias, que é realizado com intuito de diminuir infecções puerperais e favorecer a sutura perineal em casos de laceração ou episiotomia de períneo, mas que causam incômodo às puérperas no período de surgimento dos pêlos, por isso deve ser desestimulada (BRASIL, 2014).

Embora estudos comprovem que a posição e a deambulação precoces escolhidas pelas mulheres não ofereçam riscos no processo parturitivo e que na maioria das vezes agem na diminuição do tempo do trabalho de parto, ainda é

possível encontrar como forma de imposição o uso de posições desconfortáveis para as parturientes no momento do parto, sendo considerado um desrespeito contra a autonomia e liberdade de escolha da mulher na dinâmica do parto (GALLO et al., 2011).

Um estudo realizado com puérperas em uma casa de parto no Rio de Janeiro revelou que a movimentação corporal contribui na promoção do relaxamento e favorece a autonomia da mulher no trabalho de parto e parto, sendo essa prática mais valorizada e estimulada pelas enfermeiras obstétricas (NASCIMENTO et al., 2010).

Outro procedimento muito utilizado pelos obstetras é a episiotomia de períneo que consiste na realização de um corte reto na região perineal da mulher na hora do parto, com finalidade de reduzir o risco de lacerações perineais e favorecer a passagem do concepto pela via de parto, colabora na preservação da musculatura perineal e função sexual, além de evitar disfunção fecal e urinária, mas merece atenção quanto a real necessidade de aplicação dessa prática, pois podem surgir efeitos indesejáveis na realização desse procedimento (COSTA et al., 2012).

Conforme comprovação de estudos científicos as episiotomias de períneo realizadas nos procedimentos obstétricos devem ser desestimuladas, devendo ser usado apenas em situações onde os benefícios são maiores que os riscos. Como nos casos de desproporção céfalo-pélvicas, dificuldade no desprendimento do ombro do recém-nascido pelo canal de parto, parto fórceps, distócias de posições do concepto e risco para laceração de períneo (COSTA et al., 2012).

As drogas utilizadas para acelerar o trabalho de parto também demandam cuidados, visto que pode trazer complicações para saúde da mulher e do recém-nascido, é o caso da ocitocina que pode causar hiperestimulação uterina, acarretando um aumento das contrações uterinas sem a devida progressão na dilatação da cérvix, gerando desconforto para mulher e risco de hemorragias, que em alguns casos pode progredir para o parto cesariano (SANTOS; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Segundo Leal et al. (2014), ocorreu um crescimento de 45,5% das taxas de cesáreas no País, onde a maioria dos procedimentos foram realizados em mulheres consideradas de risco habitual, que de acordo com o manual de pré-natal de baixo risco do ministério da saúde (BRASIL, 2011), gestantes que não necessitam de recursos tecnológicos de alta complexidade e que a morbidade e a mortalidade

materna e perinatal são menores ou iguais do que as da população em geral não justifica os altos índices de cesáreas. Nesse mesmo estudo foi observado o aumento significativo das intervenções obstétricas sobre o trabalho de parto e o parto normal nas mulheres de risco habitual.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada entre os anos de 2011/2012 em diversas maternidades públicas e privadas do país entrevistaram 23.894 mulheres, abordando as principais intervenções obstétricas aos quais as mulheres estavam expostas nas instituições de saúde. Obtendo como resultando os seguintes achados: Os partos normais atingiram 48% dos partos, onde 92% das parturientes permaneceram na posição deitada no trabalho de parto, 56% foram submetidas a episiotomia de períneo, 37% a manobras de kristeller (manobras de pressão na parte superior do útero no momento da expulsão), 70% submetidas a punção venosa, 40% uso de ocitocina e amniotomia (VASCONCELLOS et al, 2014).

Ainda segundo a pesquisa apenas 26% das mulheres puderam ingerir alimentos, 18,7% tiveram o direito ao acompanhante e somente 5% progrediram com o parto sem intervenções. De acordo com os dados da pesquisa é possível inferir que os direitos e a autonomia das mulheres no processo reprodutivo estão sendo desrespeitados nas instituições de saúde, apesar do incentivo às boas práticas preconizadas pelo Ministério da saúde e das evidências científicas.

Portanto é oportuna a adoção de mudanças na forma como os profissionais aplicam as práticas clínicas no processo parturitivo, sendo a utilização do partograma uma alternativa eficiente para acompanhar e intervir na hora certa na evolução do trabalho de parto (SANTOS; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

2.1.3 Boas Práticas Obstétricas

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a utilização de práticas alternativas que contribuam para promover melhorias no trabalho de parto e parto. As práticas consideradas eficazes devem ser estimuladas e valorizadas pelos profissionais de saúde e o uso das práticas que não beneficiam as mulheres no processo reprodutivo deve ser desestimuladas (BRASIL, 2014).

Um direito que é pertinente à mulher e que deve ser respeitado é a presença do acompanhante no processo reprodutivo, garantido pela lei nº 11.108/2005, art. 19, que dispõe sobre a obrigação dos serviços de saúde quanto à aceitação da

presença de um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto e parto, sendo esse de livre escolha pela parturiente (BRASIL, 2014).

Direito esse que proporciona a mulher um maior apoio e segurança durante o trabalho de parto e parto, contribuindo na redução de taxas de cesárea, no incentivo ao aleitamento materno, no apoio psicológico e viabilizando a puérpera uma visão positiva do processo de parturição (NASCIMENTO et al, 2010).

A comunicação sobre o processo parturitivo com as parturientes e os familiares é importante, a ausência de informação constitui-se como forma de violência contra a mulher, não sendo correto negar às pacientes o direito de saber o que está acontecendo com seu corpo e quais os procedimentos que serão adotados para favorecer o seu trabalho de parto e parto (BARBOSA; MOTA, 2016).

Alternativas não farmacológicas para alívio da dor podem ser estimuladas pelos profissionais que assistem a mulher no momento do parto, é o caso do suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massagem lombar, banho de chuveiro para relaxar musculatura, bola suíça, eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT) e terapias alternativas para alívio da dor (GALLO et al, 2011).

Com relação ao incentivo à deambulação durante a fase ativa do parto é uma estratégia que deve ser encorajada a participação das parturientes, visto que a contratilidade uterina é intensificada por causa da gravidade e mobilidade pélvica aumentadas, resultando assim na diminuição do tempo de trabalho de parto e capacidade da puérpera tolerar melhor a dor do parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

O banho de chuveiro com água aquecida promove a vasodilatação periférica, melhora o aporte e o fluxo sanguíneo, favorece o relaxamento muscular, reduz a ansiedade e causa o bem estar da paciente, desviando o estresse provocado pelas contrações uterinas. É uma prática que deve ser implementada nas instituições de assistência ao parto normal, pois apresenta baixo custo e beneficia o processo de parturição (GALLO et al, 2011).

A massagem lombrosacral é uma alternativa satisfatória usada no trabalho de parto, promove conforto e bem estar para alívio dos desconfortos causados pela dor. Pode ser aplicada em diversas regiões do corpo sendo mais eficaz na região lombar, contribui para melhorar o retorno venoso e oxigenação sanguínea, diminui o estresse físico e emocional e aumenta a tolerância e resistência da puérpera no

decorrer do trabalho de parto (GALLO et al., 2011).

A massagem demonstra melhores resultados para amenizar o processo doloroso na fase latente do trabalho de parto, apesar de também atribuir efeitos positivos na fase ativa do parto, portanto essa prática deve ser estimulada e implementada nas instituições de saúde que atendem as gestante para promover melhorias no processo do parto (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

A bola suíça é um método que pode ser usado como complemento para outros métodos, a fim de ajudar a manter a mulher na posição vertical permitindo a liberdade de diferentes posições, promove o relaxamento, alongamento e o fortalecimento da musculatura perineal, porém requer cuidados para o risco de quedas, sendo necessário o suporte de profissionais ou familiares na utilização dessa prática (SILVA et al., 2011).

Os exercícios respiratórios contribuem para promover o aumento dos níveis de saturação sanguínea, promove relaxamento e colabora na redução da ansiedade. Os movimentos de expiração e inspiração devem ser estimulados na hora das contrações uterinas para desviar o foco da dor. A presença do fisioterapeuta seria interessante na cena do parto, visto que é o profissional dotado de técnicas e conhecimento sobre o sistema respiratório (GALLO et al., 2011).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor demonstram eficácia, embora não sejam valorizados por alguns profissionais de saúde é preciso ser apresentado e incentivado quanto a adesão pelas mulheres no processo parturitivo. Visto que os benefícios proporcionados pelas técnicas alternativas para alívio da dor podem encorajar a mulher na escolha pelo parto natural (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

As práticas obstétricas que prevalecem no Brasil persistem em desrespeitar os direitos das mulheres no processo de parturição, em favor de métodos que estimulem e promovam o rápido nascimento do bebê acelerando assim o momento do parto. A decisão médica ainda sobressai aos desejos e particularidades das pacientes, as quais são submetidas às regras e rotinas aderidas pelas instituições. É necessário esclarecer as gestantes e os familiares sobre os direitos que os mesmos possuem acerca da autorização dos procedimentos que serão adotados no processo parturitivo, estimulando a participação da mulher no regaste da autonomia no transcorrer do processo reprodutivo (LEAL et al, 2014).

Desta forma é possível compreender que a atenção prestada às parturientes

deve ser voltada a atender as suas expectativas, valorizando as queixas, a história de vida, crenças e particularidades de cada uma, inclusive no que se refere aos aspectos sócio demográficos, psicológicos e emocionais, podendo refletir de forma direta como as mulheres vivenciam o momento do parto natural, devendo os profissionais acolhê-las de forma integral, valorizando a individualidade e as necessidades de cada paciente (NASCIMENTO et al., 2010).

2.1.4 Humanização No Processo Parturitivo Pelos Profissionais De Saúde

A violência contra as mulheres vem ganhando espaço embora tenha permanecido invisível por algum tempo, é o que mostra um estudo elaborado em 2010 por Venturi e colaboradores, onde mostrou que 25% das mulheres em todo País sofreram algum tipo de violência nos serviços de saúde, tanto no âmbito público (27%) como no privado (17%) (BRASIL, 2014).

Segundo informações fornecidas pelo Departamento de informática do SUS (DATASUS), em 2010 o País obteve aumento na cobertura assistencial do pré-natal e parto hospitalar, atingindo uma taxa de 98%. Mas os resultados divergem das altas taxas de mortalidade materna e perinatal (68,2/100 mil nascido vivos), demonstrando-se assim que ainda existem falhas na assistência materno-puerperal (LEAL et al, 2014).

Historicamente o parto era visto como um momento fisiológico e natural realizado por parteiras no âmbito familiar, mas com o surgimento do saber médico o parto deixa de ser um evento compartilhado pelo saber popular e passa a ser de domínio clínico, com a consequente patologização e medicalização do parto. As intervenções obstétricas exercidas no corpo das mulheres as tornam mais dependentes e menos donas de sua autonomia, características evidenciadas pela desigualdade de gênero observada nas instituições (BARBOSA; MOTA, 2016).

A Compreensão das mulheres diante do processo parturitivo pode ser vista de forma prazerosa ou traumática, dependendo da forma como a mesma se comporta diante das adversidades aos quais foram expostas no parto, as ações exercidas pelos profissionais que realizam a assistência contribuem consideravelmente para experiências posteriores, visto que o uso de práticas recomendadas pode favorecer a autonomia da mulher, tornando-se assim protagonista do processo reprodutivo (NASCIMENTO et al, 2010).

Nessa concepção, a enfermeira obstétrica coloca à disposição das usuárias práticas comprovadamente eficazes que valorizam e respeitam as decisões desejadas pelas mulheres no processo reprodutivo, sendo essas profissionais comprometidas com bem estar e satisfação da clientela aos quais estão sob sua responsabilidade, desempenhando uma assistência de qualidade e dotada de conhecimentos científicos que contribuem para construção dos laços de confiança entre equipe e pacientes (CARVALHO et al, 2010).

A participação do enfermeiro obstetra no processo gravídico-puerperal está regulamentada pela portaria MS/GM 2.815, de 29/05/1998 que permite, além da assistência ao parto normal sem distorcia, a prestação de esclarecimentos, apoio e auxílio à mulher nas variadas etapas do clico gravídico (COSTA et al, 2012).

Em janeiro de 2013, o Ministério do Trabalho e Emprego (TEM) reconhece a ocupação de doulas na categoria de técnico em terapias alternativas. São mulheres treinadas e capacitadas a estarem junto das puérperas no processo de trabalho de parto e parto. Permanecendo ao lado das parturientes 24 horas por dia, apoiando e ajudando-as no enfrentamento dos desafios de ser mãe. Prestam auxílio emocional, físico e psicológico como segurar a mão, orientar quanto à respiração de forma correta, na deambulação, massagem de conforto para alívio da dor, passa segurança para mulher e a encoraja para o momento do nascimento do seu filho (BRASIL, 2014).

A ambiência onde as mulheres permanecem alojadas para receber os cuidados inerentes á parturição deve ser um local calmo, amplo, aconchegante, que disponha das condições adequadas para receber mãe e filho, deve ser pensado de forma que favoreça o contato e interação entre familiares, paciente e equipe de saúde. De modo a evitar procedimentos inadequados e imposições de rotinas rígidas que causem estresse ou incomodo as pacientes (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado com puérperas em um centro obstétrico no interior da Bahia revelou que as pacientes permaneciam sozinhas na sala de parto, sendo submetidas a intervenções comprovadamente desnecessárias na atenção ao trabalho de parto e parto, como o uso excessivo de ocitocina endovenosa e a restrição da mulher ao leito obstétrico, evidenciando a desumanização dos profissionais e a ausência de afeto entre parturiente e equipe de saúde (SANTOS; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

A assistência obstétrica humanizada tem o objetivo de promover o respeito,

a dignidade e os direitos da mulher no tocante ao parto. Através da adesão das boas práticas nas condutas obstétricas e por meio dos recursos não farmacológicos é possível que a mulher participe de forma ativa das ações desenvolvidas para culminar com o desfecho do parto (NASCIMENTO et al., 2010).

É essencial a participação ativa principalmente dos profissionais obstetras nas discussões sobre humanização no parto, visto que muitas vezes atentam apenas para as ações a serem desenvolvidas a cada atendimento, esquecendo-se de ver as pacientes como um ser dono do próprio corpo, sendo necessário pedir autorização para lançar mão de qualquer procedimento. É preciso a promoção de mudanças em algumas atitudes obstétricas, sendo possível começar pela adesão às boas práticas conforme preconizado pelo Ministério da saúde Brasileiro (BRASIL, 2013).

A humanização na assistência consiste em um acolhimento de forma a atender as necessidades inerentes ao ser humano, de forma atenciosa que valorize os relatos de queixas, preocupações, angústias e dúvidas enfrentadas nos momentos de fragilização, garantindo assim uma assistência integral e qualificada no desenvolvimento das ações (NASCIMENTO et al., 2010).

A assistência humanizada apenas será possível, quando os sujeitos envolvidos no processo de parturição se conscientizar das consequências que suas práticas podem estar causando á vida reprodutiva e social das parturientes, reorganizando assim a maneira de pensar e agir diante do bem estar próprio em favor da adoção de rotinas e procedimentos que viabilizem o conforto e o regaste da autonomia das pacientes (SANTOS; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

2.2 METODO

O trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa sobre as práticas obstétricas adotadas no processo parturitivo a partir dos relatos de experiências das puérperas, comparando os resultados com o conceito recomendado pela nova diretriz nacional de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde. Abordaremos temas como a humanização do parto como um desafio para os trabalhadores da saúde e o impacto das práticas obstétricas na vida social e reprodutiva das puérperas.

O presente tipo de estudo foi realizado por meio de fontes bibliográficas para obtenção dos dados, observado os critérios tais como; gênero literário, autor e conteúdo temático (SEVERINO, 2007).

Brevidelli e Sertório (2010) referem que a revisão integrativa é um método investigativo de informações secundárias, que pode reunir a literatura teórica da empírica, com objetivo de agrupar e sintetizar os resultados da pesquisa acerca de uma determinada temática de maneira sistematizada, promovendo a valorização das informações científicas sobre o conteúdo investigado.

Os referidos autores indicam que para elencar esse tipo de pesquisa é necessário passar por algumas etapas: elaboração da questão da pesquisa; revisão literária que surge como primeira etapa; extração dos dados; avaliação dos estudos primários; análise e síntese dos resultados; e exposição da revisão integrativa.

Foram selecionados e avaliados os estudos que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: Artigos completos, publicados entre os anos de 2010 á 2016, que estivessem disponíveis na língua portuguesa e que atendessem os objetivos da pesquisa, enquanto que estudos com textos incompletos, em língua estrangeira, com anos de publicações distintos ao período exigido pelo estudo, resumos e dissertações foram excluídos do estudo.

Definiu-se como fonte de busca a base de dados LILACS (Latino American and Caribbean Literature in Health Sciences) e coleção SCIELO (Scientific Electronic Libraly Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os Descritores em Ciência da Saúde utilizados foram: “Parto Humanizado”, “Assistência em enfermagem” e “práticas obstétricas”, por meio do booleano “AND” ocorreu o cruzamento dos três descritores, onde resultou em busca insatisfatória, visto que não apareceu nenhum

artigo disponível com as palavras destacadas. Desta forma optou-se pela redução dos descritores, permanecendo apenas “Parto Humanizado” verso “Assistência em enfermagem”. Nessa consulta, estavam disponíveis apenas 2 artigos, no entanto as publicações antecederam ao ano de 2010, sendo um dos critérios para exclusão no estudo.

Por esse motivo, optou-se por trabalhar com apenas um dos descritores “Parto Humanizado”, resultando em um total de 633 artigos. Para compor o estudo optou-se por uma amostra de 20 artigos, selecionados de acordo com as publicações mais recentes e que após leitura e análise do conteúdo restaram apenas 08 que atenderam os critérios de inclusão na pesquisa.

Para discussão e cruzamento dos dados foi utilizado o novo manual do Ministério da Saúde lançado em 2017 sobre as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, disponível no Portable Document Format (PDF) nas páginas oficiais do Ministério da Saúde. Assim as buscas pelas produções ocorreram no período de março a junho de 2017.

Desta forma foi realizada uma análise e interpretação dos dados encontrados nos artigos em forma de nuvens de palavras por meio da análise lexical utilizando o software “wordclouds” e quadros organizacionais do conteúdo para facilitar a melhor compreensão dos resultados, a fim de identificar se as rotinas obstétricas desempenhadas nos serviços de saúde estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A assistência ao parto e nascimento vem sofrendo mudança constante nos serviços de saúde, apesar da promoção de melhorias e ampliação da assistência as parturientes, é possível encontrar de forma indiscriminada o uso de tecnologias e intervenções obstétricas desnecessárias ao momento do parto. Modelo esse que acarreta nos altos índices de cesáreas de rotinas no Brasil, aumentando os números de mortalidade materna (MEDEIROS et al., 2016).

O Programa Nacional de humanização (PNH) criado pelo Ministério da saúde em 2000 objetivou promover mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento, elencando os principais cuidados que devem ser desempenhado nos serviços de saúde. Conseguir reverter uma assistência desumana naturalizada em um cuidado atencioso voltada para atender as peculiaridades de cada paciente não é tarefa fácil, mas também, não é impossível. Medidas educativas junto aos colaboradores sobre os direitos das mulheres na assistência ao parto podem surtir efeitos significativos na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2013).

Em 2011, o Ministério da saúde lançou o programa Rede Cegonha, com o proposito de assegurar os direitos das mulheres e das crianças durante o período de pré-natal, parto, nascimento e puerpério para garantir uma assistência humanizada na rede de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Propondo a reorganização da gestão e o incentivo financeiro as instituições que aderissem ao programa (BRASIL, 2013).

Por meio de estudos baseados em evidências é possível compreender que as boas práticas obstétricas proporcionam segurança para gestantes e seus bebês, no entanto é preciso que as mulheres sejam orientadas acerca dos benefícios das ações exercidas na dinâmica do parto. O uso de novas tecnologia e práticas obstétricas eficazes pode contribuir para o desfecho de um bom trabalho de parto e parto, minimizando os riscos e sequelas associados ao nascimento (LEAL et al., 2014).

Baseado nas dificuldades e transformações ocorridas nos últimos 30 anos na assistência ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde lança em 2017 o mais novo manual com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com intuito de intervir nas atuais práticas obstétricas. Sendo fruto de muita pressão, opiniões públicas e de consumidores do serviço de saúde, que questionavam o uso de

práticas sem evidências científicas nas rotinas obstétricas. Cabendo aos profissionais e gestores da saúde basear-se nesse novo instrumento para alcançar melhores resultados na assistência ao parto natural no País (BRASIL, 2017).

Desta forma os resultados encontrados nos estudos bibliográficos com as características do tema proposto, somaram 20 artigos, que após leitura surtiu apenas 08 publicações condizentes com a temática em questão.

A seguir no quadro descritivo 1, estão apresentados os artigos dispostos por identificação do artigo (ID), Tipo de estudo, objetivos, resultados e referências, todos publicados nos últimos 05 anos e que responderam o propósito da pesquisa.

Quadro 1 - Artigos utilizados para compor o estudo

ID	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados	Referencias
A1	Estudo transversal, prospectivo.	Analisar os fatores associados á violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.	O estudo realizado com 603 puérperas mostrou que 89% das mulheres sofreram algum tipo de intervenção obstétrica durante o trabalho de parto e parto, principalmente as com menor grau de escolaridade. Entretanto o mesmo estudo revela que 99% das entrevistadas receberam incentivo ás boas práticas obstétricas, demonstrando que as políticas de humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde esta surtindo efeito ao longo dos anos. Porém a adesão dos profissionais se mostrou insuficiente para reverter o modelo intervencionista na atenção obstétrica.	Andrade, P. Q. N; Silva, J. Q. P; Diniz, C. M. M; Caminha, M. F. C 2016
A2	Estudo transversal, realizado em uma unidade de PPP de um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.	Após uma amostra composta por 701 partos naturais, observou-se que a inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, uma vez que ocorreu a redução de intervenções, tais como a episiotomia e as cesarianas, havendo o incentivo ao uso de práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo, gerando bons resultados perinatais. Concluindo que a inserção dessas enfermeiras colaborou com a humanização do cuidado obstétrico e neonatal.	Medeiros, M. R. M. K; Teixeira, R. C; Nicolini, A. B; Alvares, A. S; Corrêa, A. C. P; Martins, D. P. 2016
A3	Nascer no Brasil foi um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 puérperas entrevistadas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.	O objetivo deste estudo é descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas em mulheres de risco obstétrico habitual que pariram em uma amostra representativa de hospitais brasileiros com 500 ou mais partos/ ano.	Menos de um terço (7.964) do grupo de risco obstétrico habitual se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 45% (10.752,3) delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e tiveram o progresso monitorado pelo partograma. Em mais de 70% (16.725,8) das mulheres ocorreu a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a amniotomia esteve presente em cerca de 40% (9.557,6) delas, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%(716.820). A incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%(21.982,48), 37% (8.840,78) e 56% (13.380,64) respectivamente.	Leal, M. C; Pereira, A. P. E; Domingues, R. M. S. M; Filha, M. M. T; Dias, M. A. B; Pereira, M. N; Bastos, M. H; Gama, S. G. N; 2014

(Continuação)

ID	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados	Referencias
A4	O presente estudo adota a abordagem qualitativa e caracteriza-se como uma pesquisa exploratória-descritiva, realizada em um Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil.	Entender as justificativas dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do Sul do Brasil para a utilização de práticas do parto normal consideradas prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde.	Participaram do estudo 23 trabalhadores, entre médicos preceptores, residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a partir do estudo, pode-se comprovar através do relato dos trabalhadores que algumas práticas prejudiciais ao parto continuam sendo desenvolvidas no atendimento às parturientes, sendo que as principais justificativas são a perpetuação de modelos inadequados, a facilitação para a assistência no momento do parto e o autoritarismo que alguns trabalhadores têm em relação à parturiente, por acreditarem serem os únicos detentores de conhecimento.	Carvalho et al., 2012
A5	Estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido em um hospital universitário do Sul do Brasil	Avaliar a atenção ao parto na ótica de adolescentes assistidas em um hospital universitário.	Estudo realizado com 269 adolescentes entre 10 e 19 anos, onde resultou nos seguintes resultados: A posição litotômica adotada em 99% dos casos; a episiotomia foi realizada em 89,6% das parturientes; os toques vaginais foram realizados por mais de um examinador em 69,4% dos partos; a cateterização venosa profilática de rotina foi instalada em 91,8% das adolescentes e a restrição hídrica e alimentação esteve presente em 87,4 %. Estes achados não condizem com as orientações preconizadas pelo MS acerca da atenção ao parto.	Enderle et al., 2012
A6	Estudo qualitativo com enfoque fenomenológico	Compreender as experiências das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e parto em um hospital, cujo modelo assistencial tem como finalidade a humanização do processo de parturição.	Participaram do estudo 08 puérperas em condições clínicas estáveis no alojamento conjunto do hospital, as mesmas vivenciaram o processo da parturição sob o controle da equipe, despreparadas, sofrendo e se frustrando em suas expectativas, ao pensarem que sentiriam menos dor na assistência humanizada, experienciando a ambiguidade entre o esperado e o vivido.	Silva, L. M; Barbieri, M; Fustinoni, S. M; 2011

(Continuação)

ID	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados	Referencias
A7	Estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 569 mulheres.	Avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde - SUS no município de Maringá, Paraná.	Na média geral de escores, os dois hospitais obtiveram classificação regular e, portanto, a assistência hospitalar ao parto no SUS em Maringá, para o período do estudo, foi considerada regular. Como a alta taxa de cesárea traduz o uso abusivo de tecnologia para o nascimento, infere-se que o resultado da assistência foi insatisfatório.	Nagahama, E, E. I; Santiago, S. M., 2011.
A8	Análise indutiva e interpretativa das narrativas de 17 mulheres.	Objetivou-se explorar a experiência relativa à assistência ao parto recebida em um centro de parto normal.	Trabalho desenvolvido com 17 mulheres sob os cuidados de enfermeiras obstétricas e auxiliares de enfermagem. A assistência ao parto foi avaliada positivamente pelas mulheres, e este resultado fornece sustentação à política pública de expansão dos centros de parto normal.	Narchi, N. Z; Cruz, E. F; Gonçalves, R. 2013

Fonte: Elaborado pela autora

* Descrição dos artigos científicos quanto a identificação do artigo (**Id***) representados pelas vogal (**A1** a **A8**), tipo de estudo, objetivos, resultados e referências.

A partir das publicações dos artigos no quadro acima, verificou-se que duas pesquisas foram publicadas recentemente no ano de 2016, apenas uma em 2013 e 2014, enquanto que duas foram lançadas em 2012 e 2011 respectivamente.

Baseando-se na nova diretriz nacional a assistência ao parto normal, as informações colhidas nos artigos foram dispostas em forma de quadros organizacionais sobre a qualidade da assistência prestada pelos profissionais às parturientes nos serviços de saúde e avaliadas quanto a percepção das mulheres sobre a vivência do parto normal.

Nos quadros com as nuvens de palavras 2 e 3 abaixo; Mostra por meio da análise lexical a qualidade da assistência empregadas nos estudos analisados e a percepção das parturientes acerca da vivência do parto normal.

Quadro 2 – Pontos positivos da assistência ao parto



Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 5 - Diretrizes que deverão servir de referência e orientação para a assistência ao público específico.

Diretrizes	
I.	Mulheres em trabalho de parto com parto normal planejado (espontâneo ou induzido) entre 37 e 42 semanas de gestação com feto único, vivo e em apresentação cefálica;
II.	Gestantes com ruptura prematura de membranas no termo ou imediatamente antes do parto;
III.	Parturientes que apresentarem eliminações de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto;
IV.	Anormalidades ou complicações mais comuns encontradas na assistência ao trabalho de parto e parto em todas as suas fases;
V.	Recém-nascido normal imediatamente após o parto e nas primeiras horas de vida;
VI.	Recém-nascidos imediatamente após o parto na presença de líquido meconial;
VII.	Recém-nascido normal em alojamento conjunto e no momento da alta;
VIII.	Aleitamento materno e estímulo a amamentação

Fonte: BRASIL, 2017.

Quadro 6 - Diretrizes que deverão servir de referência e orientação para a assistência ao público específico (Profissionais e usuários que fazem parte das novas diretrizes)

Diretrizes	
I.	Todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao parto, tais como: médicos obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, generalistas, enfermeiras obstétricas, obstetrizes, enfermeiras assistenciais, técnicos de enfermagem, etc.
II.	Todos os profissionais em processo de treinamento envolvidos diretamente na assistência, tais como: especializando e residentes de enfermagem obstétrica e neonatal, graduando de obstetrícia e médicos residentes de obstetrícia, neonatologia e anesthesiologia.;
III.	Todos os profissionais envolvidos indiretamente na assistência ao parto como fisioterapeutas, psicólogos, etc;
IV.	Estudantes de graduação na prática de estágio curricular ou extra-curricular envolvidos no processo de assistência ao parto.;
V.	As mulheres, seus familiares ou representantes.;
VI.	Doulas, educadores perinatais, etc;

Fonte: BRASIL, 2017.

Um estudo desenvolvido com 603 puérperas por Andrade et al.(2016), em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco, revelou que 522 pacientes sofreram algum tipo de prática prejudicial ao parto, representando assim 86,57% dos casos de intervenções obstétricas desnecessárias sem a devida comprovação científica, um número alarmante que de certa forma poderia ser evitado, já que existem recomendações de práticas comprovadamente eficazes que promovem menores riscos e danos na assistência ao parto.

O mesmo estudo revela que o incentivo aos puxos voluntários atingiu 65% dos casos de intervenção desnecessária, enquanto o uso do hormônio ocitocina (41%) e amniotomia (31%) dos casos, o clampeamento precoce do cordão umbilical foi realizado em 30% das pacientes, diferindo do recomendado pelo guia de atenção a saúde dos recém-nascidos (BRASIL, 2014), que orienta o clampeamento umbilical em bebês com boa vitalidade em tempo oportuno. Prática essa satisfatória em um estudo realizado por Medeiros et al. (2016), que atingiu 76% dos 624 nascimentos.

A nova diretriz nacional de assistência ao parto normal recomenda que o incentivo espontâneo aos puxos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia pode ser realizado, evitando-se a prática dos puxos dirigidos, sendo indicado apenas na presença das contrações uterinas. No caso dos puxos espontâneos serem ineficazes a paciente pode solicitar ajuda aos profissionais, que através de medidas alternativas pode auxiliá-las a enfrentar a dor. Mudanças na posição para parir, esvaziamento da bexiga e encorajamento da mulher podem funcionar (BRASIL, 2017).

Ainda sobre o estudo de Andrade o trauma perineal atingiu as lacerações de primeiro, segundo e terceiro graus, somando 389 casos, o que representou 78% das lacerações genitais. Em menor proporção ocorreu no estudo de Medeiros et al. (2016), que de 701 partos normais, se obteve lacerações de primeiro grau na média de 37,4% de segundo 59,4%, seguidos de terceiro com 2,9% e quarto grau 0,3%.

Pela nova diretriz da assistência ao parto normal o trauma genital é definido como aquele que é provocado por episiotomia ou lacerações das seguintes formas: Primeiro grau quando ocorrem lesões apenas na pele e mucosas, segundo grau quando atingi os músculos perineais sem atingir o esfíncter anal e de terceiro grau quando a lesão envolve o complexo do esfíncter anal (BRASIL, 2017).

O períneo é uma membrana que liga a vagina ao reto, cujo deve ser observado quanto a sua integridade durante o segundo estágio do trabalho de parto, não sendo recomendado a aplicação de massagens, uso de spray ou lidocaína e a prática da episiotomia de rotina para facilitar o parto natural também deve ser evitado, contudo se adotado pelo profissional deve ser justificado, observado quanto ao uso de anestésicos e comunicação prévia da parturiente (BRASIL, 2017).

Os dados encontrados por Andrade se aproxima de uma pesquisa realizada por Leal et al. (2014), Nascer no Brasil foi um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 puérperas, onde um terço (7.964) do grupo de risco obstétrico

habitual se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Segundo a nova diretriz do parto (BRASIL, 2017), mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água e dependendo do prognóstico do trabalho de parto, podem até ingerir dietas leves.

Ainda referente ao estudo de abrangência nacional realizado por Leal, mais de 70% (16.725,8) das participantes foram submetidas a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a aminiotomia ocorreu em cerca de 40% (9.557,6) das mulheres. Segundo as novas diretrizes do Ministério da Saúde, a aminiotomia precoce associada ou não à ocitocina, não deve ser um procedimento realizado de rotina em mulheres que estejam em trabalho de parto sem alterações, porém em caso de suspeitas de dificuldades no desenrolar do primeiro estágio do trabalho de parto as membranas podem ser rompidas, com isso ocorre o aumento das contrações e o parto pode ser adiantado em até uma hora (BRASIL, 2017).

Um estudo com o modelo de parto humanizado realizado por Silva et al. (2011), permitiu a mulher a escolha da posição desejada para parturição, deixando de lado a ideia do uso rotineiro da posição litotômica, entretanto é preciso o preparo prévio das gestantes na escolha de outras posições, visto que as mulheres relataram sentir câimbras nos membros inferiores na posição lateral esquerda.

Referente ao estudo de Silva, mesmo diante de uma assistência considerada humanizada, as mulheres se frustraram ao sentirem maiores dores durante os exames de toques vaginais do que durante as contrações com a manobra de Kristeller. O exame vaginal em progresso de parto sem anormalidades deve ser realizado apenas de 4 em 4 horas e no que se refere a manobra de Kristeller que é a pressão no fundo uterino na hora do parto, estar desatualizada visto que essa manobra não pode ser usada no segundo período de trabalho de parto (BRASIL, 2017).

Um estudo desenvolvido por Carvalho et al. (2012), em um Centro Obstétrico (CO) com 23 profissionais, sendo 06 médicos, 06 residentes, 05 enfermeira e 06 técnicos em enfermagem, onde a maioria obedeciam as ordens do médico responsável pelo plantão obstétrico, inclusive os residentes quanto o uso das práticas comprovadamente desnecessárias. Os profissionais de saúde que desempenham suas atividades em prol do outro devem refletir sobre como as próprias crenças e atitudes influenciam na singularidade do ser humano.

Por meio das falas dos profissionais foi possível identificar que os mesmos são conhecedores das práticas prejudiciais ao parto, porém as executam, permitindo maiores comodidades para si próprio ao invés dos benefícios para paciente. A ausência de protocolos na instituição parece justificar os atos desaprováveis, sendo as pacientes submetidas a enteroclisma, tricotomia, episiotomia, subornação e ausência da autonomia na parturição.

As boas práticas adotadas no processo parturitivo devem ser encorajadas e apresentadas por todos os componentes da equipe as parturientes no momento do parto. No estudo de Medeiros et al. (2016), foi comprovado que a inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento. Uma vez que dos 701 partos naturais, 83% das pacientes utilizou alguma prática que não interferia no processo fisiológico do parto. Concluindo que a inserção das enfermeiras obstétricas colaborou com a humanização do cuidado obstétrico e neonatal.

A assistência ao parto de baixo risco sem anormalidades pode ser realizada tanto pelo obstetra quanto pela enfermeira obstétrica e obstetriz, sendo recomendado aos gestores a inserção das enfermeiras e obstetriz especializadas no modelo de assistência ao parto natural, visto que promovem maiores vantagens e benefícios as mulheres no processo parturitivo (BRASIL, 2017).

O apoio aliado a informação sobre as etapas do trabalho de parto é de fundamental importância para a parturiente e familiares, contribui na criação de vínculo de confiança entre equipe e paciente, é o que mostra um estudo realizado por Enderle et al. (2012), com 269 entrevistas de adolescente no Sul do Brasil, onde 79,5% das adolescentes entrevistadas estavam satisfeitas com o trabalho desenvolvido pela equipe responsáveis pela assistência ao parto e nascimento.

Humanizar o parto, no entanto, é saber acolher, ouvir, valorizar, respeitar as culturas e crenças, promover ambiente adequado, oferecer ajuda quando solicitado, respeitar os direitos do acompanhante, mostrar alternativas para alívio da dor e principalmente não interferir no processo fisiológico da parturição, apenas promover assistência adequada para mãe e seu bebê (BRASIL., 2017).

3 CONCLUSÃO

Por meio da análise dos estudos conclui-se que apesar do incentivo as boas práticas na assistência ao parto e nascimento preconizados pelo Ministério da saúde, ainda é possível encontrar como forma de violência obstétrica, intervenções consideradas desnecessárias ao parto natural. Sendo a adesão às boas práticas comprovadamente eficazes utilizadas em menores proporções pelos profissionais de saúde.

Porém os resultados demonstram que os esforços do Ministério da Saúde na implantação de estratégias para melhorar a qualidade da assistência ao parto e nascimento estão surtindo efeitos ao longo dos anos, visto que na maioria dos trabalhos pode-se encontrar a presença de alguma prática benéfica ao processo de parto natural. Sendo a inserção das enfermeiras obstétricas nos serviços de saúde considerada facilitadora para promover a humanização na assistência.

A partir dos resultados é possível observar que as rotinas adotadas pelos profissionais obstetras retiram da mulher a autonomia de opinar sobre as ações a serem desempenhadas no parto, as proíbe de ser dona do próprio corpo e as submetem a procedimentos desnecessários no processo parturitivo, sem o devido embasamento científico.

As práticas rotineiras utilizadas no trabalho de parto e parto sem as devidas recomendações foram encontradas em todos os estudos analisados, sendo as mais frequentes a episiotomia, imposições de posição litotômica, jejum prolongado, ausência de informações sobre o parto, manobras de Kristeller, cauterização venosa periférica, uso de ocitocina, incentivo aos puxos, proibição do acompanhante, dentre outras, causando às parturientes traumas físicos e psicológicos na vivência do parto natural.

A humanização na assistência ao parto só será possível quando os sujeitos envolvidos nesse processo se conscientizarem que as práticas comprovadamente desnecessárias aplicadas ao um processo que deveria acontecer de forma natural são as causadoras dos altos índices de intervenções que culminam nas intercorrências obstétricas.

É preciso medidas mais rigorosas em relação a violência obstétricas exercidas silenciosamente nas instituições de saúde, sendo o acesso a informação

um caminho promissor para orientação das mulheres sobre os direitos no parto e puerpério.

A adoção das boas práticas no processo de parto, associado a implantação de profissionais especializados na defesa dos direitos humanos, bem como a qualificação dos sujeitos envolvidos no processo parturitivo são alternativas que podem contribuir na humanização do parto e nascimento.

Portanto espera-se que os resultados desse estudo contribuam para posteriores trabalhos envolvendo a temática em questão, como também objetiva chamar a atenção dos profissionais envolvidos no processo de parto quanto o apoio e adesão de métodos baseado em evidências científicas para promoção de um parto livre de riscos e danos, desestimulando-os consequentemente o uso de intervenções desnecessárias nas rotinas obstétricas.

Humanized department: perception of puerperas on obstetric practices during the parturitive process

ABSTRACT

Natural childbirth is a sublime and physiological moment lived by the woman in the reproductive process, but the attitudes adopted by the professionals in the delivery assistance can result in situations of difficult confrontation by the puerperas. From this perspective the following question arises: Does the obstetric practices performed in the health services are in accordance with the one recommended by the Ministry of Health? The objective of the study is to identify through the literature review which obstetric practices are being adopted in the parturitive process by health professionals, based on the reports of puerperal experiences comparing the results with the concept recommended by the Ministry of Health and evaluating the humanization of the Delivery by health professionals. It is an integrative review of the literature that selected complete scientific articles available in Portuguese indexed in the databases LILACS, collection SCIELO and VHL published between the years 2010 to 2014 as well as the manuals available in pdf of the Ministry of Health. Searches occurred between March and June of 2017. It resulted in the selection of 07 articles and the new manual of the national guidelines for assistance to normal delivery of the Ministry of Health. Through the analysis of the studies it was concluded that despite the encouragement of good Practices in childbirth and birth care advocated by the Ministry of Health, it is still possible to find interventions considered unnecessary for natural childbirth as a form of obstetric violence. Being the adherence to proven good practices used in smaller proportions by health professionals.

Keywords: Obstetric practices, Nursing care, Humanization in childbir

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P.O.N et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.16 no.1 Recife Jan./Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029> Acesso em: 10 de agosto de 2016.
- BARBOSA, P.B.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- BELEZA, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 264-268, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200010&lng=en> Acesso em: 27 nov. 2016.
- BREVIDELLI, M. M; SERTORIO, S. C. M. TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docente e alunos da área da saúde. 4 ed. Ver. Atual. Eampl. São Paulo: Látia, 2010. Disponível em: <http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf> Acesso em: 20 de maio 2017.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Informações de Saúde. **Dados Demográficos e Sócio-econômicos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprn.def>>. Acesso em: 18 de out. de 2016.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 27 jun. 2011.
- _____. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em: 13 de outubro 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf> Acesso em: 05 de junho 2017.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>> Acesso em 06 de junho 2017.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al . Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 30-37, Feb. 2012 .Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de maio 2017

CARVALHO, V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: Relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. **Rev.. Rene**, v. 11, n. esp., 2010. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a10v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

COSTA, V.M. et al. Vivência das mulheres sobre a episiotomia. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 50-55, jan./abr, 2012. Disponível em:
<<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/709/630>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

ENDERLE, C. F. et al. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife , v. 12, n. 4,p. 383-394, Dec. 2012 Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de maio 2017.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Feminina**, v. 39, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em:
<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

GAYESKI, M. E; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, dez. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11 mar. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEAL, M. C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005> Acesso em: 20 nov. 2016.

LEGUIZAMON JÚNIOR, T.; STEFFANI, J. A; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/798/934> Acesso em: 10 set. 2016.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1091-1098, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601091&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Maio 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012.

MONTENEGRO, C. A. B; RESENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MOURA, M.A.V.; COSTA, G.R.M.; TEIXEIRA, C.S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v.18, n.4, p.429-34, Jul/Set 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>> Acesso em 08 de Agosto de 2016.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016.

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. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**; Recife , v. 11,n. 4, p. 415-425, Dec. 2011 . Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de maio 2017.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONCALVES, Roselane. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, Apr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de junho 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos**. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: [s.n.], 1996.

ODININO, N. G; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 682-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/11>> Acesso em: 05 de setembro 2016.

PORTO, A. M. F. AMORIM, M. M. R. SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. **Femina**. V.38, n.10.p.529. out. 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femin_a_assistencia_ao_parto_parte_l.pdf>. Acesso em 10 de março de 2017.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.

ROCHA, J. A.; NOVAS, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C.; CARVALHO, E. S. S. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Cuid. Fundam**. v. 4, n. 3, p. 2655-2666, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-22525>> Acesso em: 12 ago. 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e. atual – São Paulo. Cortez, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf> Acesso em: 06 de junho 2017.

SILVA, L. M. et al . Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11 mar. 2017.

SILVA, L. M; BARBIERI, M; FUSTINONI, S. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 60-65, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de maio 2017.

SINGATA, M; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, issue 2, 2012.

VASCONCELLOS M. T. L. et al. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*. Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad Saúde Pública**, v. 30 Suppl, p. 49-58, 2014.

WEIDLE, W. G et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2016.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.