
PARTO E NASCIMENTO: SABERES E PRÁTICAS HUMANIZADAS

Paolla Amorim Malheiros¹, Valdecyr Herdy Alves², Tainara Seródio Amim Rangel³, Octavio Muniz da Costa Vargens⁴

¹ Enfermeira. Residente do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: paolla_amorim@yahoo.com.br

² Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UFF. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br

³ Mestre em Enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tataserodio@yahoo.com.br

⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br

RESUMO: Este estudo teve como objetivos descrever os conceitos instituídos pelos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto e nascimento sobre a humanização do parto, identificar saberes e práticas da humanização do parto e nascimento, e avaliar a implementação dos saberes e práticas na assistência ao parto e nascimento e sua relação com a humanização. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória realizada na Maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro, cujos sujeitos foram dezesseis profissionais de saúde, entre médicos obstetras e enfermeiros obstetras. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e analisados pelo método da análise de conteúdo. Concluiu-se que os profissionais detêm conhecimentos acerca das políticas de saúde que dispõem sobre a humanização do parto e nascimento, seguem estes preceitos, e sua prática profissional vai ao encontro do que é preconizado pelas políticas. Estes resultados, no entanto, divergem de resultados observados em estudos anteriores.

DESCRIPTORES: Humanização da assistência. Parto humanizado. Saúde da mulher.

LABOR AND BIRTH: KNOWLEDGE AND HUMANIZED PRACTICES

ABSTRACT: This study had as objectives to describe the concepts instituted by health professionals who work in the childbirth attention concerning the childbirth's humanization; to identify knowledge and practices of childbirth humanization; to evaluate the implementation of knowledge and practices in the childbirth attendance and its relationship with the humanization. It is a qualitative research of descriptive-exploratory with approach accomplished at the Maternity of the Antônio Pedro University Hospital, Niterói, Brazil, whose informants were sixteen health professionals, obstetricians and obstetrical nurses. Data were obtained by semi-structured interviews and analyzed by the method of content analysis. It was concluded that: the professionals know the health policies related to humanization of childbirth; they follow these policies' guidelines. These results, however, diverge of results observed in previous studies.

DESCRIPTORS: Humanization of assistance. Humanized delivery. Woman's health.

PARTO Y NACIMIENTO: SABERES Y PRÁCTICAS HUMANIZADAS

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivos: describir los conceptos instituidos por profesionales de salud que trabajan en la atención del parto humanizado; identificar el conocimiento y las prácticas de humanización del parto; evaluar la aplicación de conocimientos y prácticas en la asistencia al parto y su relación con la humanización. Es una investigación cualitativa de tipo descriptivo-exploratoria realizada en la Maternidad del Hospital Universitario Antônio Pedro, Niterói, Brasil, cuyos participantes fueron dieciséis profesionales de salud, entre médicos obstetras y enfermeras obstétricas. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados por el método de análisis de contenido. Se concluyó que: los profesionales conocen las políticas de salud relacionadas a la humanización del parto y siguen las directrices de estas políticas. Sin embargo, estos resultados divergen de otros observados en estudios anteriores.

DESCRIPTORES: Humanización de la atención. Parto humanizado. Salud de las mujeres.

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, à exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais¹, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus), no ano de 2004; iniciativa criada para operar em toda rede do sistema.

O panorama não é diferente no que diz respeito à atenção da saúde da mulher, especialmente quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do parto e nascimento. À propósito, destaque deve ser dado ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que surgiu em 2000, com as finalidades de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções.² Além disso, o Programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal.³

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo da história. Desde a época em que as parteiras realizavam os partos nos ambientes domiciliares, muita coisa se modificou com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina.⁴ Assim, o parto foi adquirindo outro significado e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar. Isto porque "considera-se doente a mulher grávida [...] os médicos se opuseram à intervenção das parteiras, alegando ser a gravidez uma doença que requer o tratamento de um verdadeiro médico".^{5:17-18}

Os profissionais de saúde são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral. A formação dos médicos obstetras, porém, tem se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar estes

profissionais habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas. Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizado e voltada para o respeito à fisiologia do parto.

É possível compreender, então, que tanto médicos quanto enfermeiros obstetras estão capacitados e autorizados a prestar assistência aos partos de risco habitual. Entretanto, por terem uma formação mais voltada para as complicações da gestação e do parto, os profissionais médicos tendem a perceber os partos como situações de risco, fazendo uso intensivo de tecnologias. Estas constatações não excluem o médico obstetra do processo de humanização da assistência, mas apontam para a necessidade destes profissionais modificarem sua prática assistencial frente aos partos de risco habitual, atuando mais como cuidadores do que efetivamente como 'especialistas' em patologia obstétrica.⁵

A mortalidade materna e neonatal reflete importantes indicadores da qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido.⁶ Em 2002, a razão de morte materna, obtida a partir de óbitos declarados, foi da ordem de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (SIM/SINASC). Utilizando o fator de correção de 1,4, a razão de mortalidade materna passa a ser de 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, quando em países desenvolvidos atingem valores corrigidos de seia a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No caso das crianças, a cada 1.000 nascidos vivos, 18,3 morrem nos primeiros 28 dias de vida.¹

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi proposto em 2004 pelo Ministério da Saúde,⁶ tendo como objetivo principal reduzir estas taxas. É notório que a cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade física da mulher e do recém-nascido. Seu uso, portanto, deveria ser restrito aos critérios clínicos de gravidade, mas o Brasil ainda é um dos campeões das taxas de parto cirúrgico, o que exige uma mudança urgente deste panorama. Só assim o parto será devolvido à mulher, a quem ele de fato pertence.

Os objetivos aqui, portanto, são descrever os conceitos instituídos pelos profissionais de saúde que atuam no parto e nascimento sobre a humanização do parto, identificar saberes e

práticas da humanização do parto e nascimento, e avaliar a implementação dos saberes e práticas na assistência ao parto e nascimento e sua relação com a humanização.

Este estudo apresenta como contribuição principal o confronto do discurso vigente nos Programas de Saúde com a prática que o profissional institui no exercício de sua profissão. Esta estratégia possibilitará a análise do reflexo da questão da humanização do parto e nascimento norteado pelas Políticas Públicas de Saúde. A finalidade é demonstrar se os profissionais envolvidos no processo atingem seu público-alvo com os benefícios preconizados no Programa ou se ficam limitados apenas ao discurso teórico.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, realizada no período de fevereiro a julho de 2010, na Maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro – Hospital-escola da Universidade Federal Fluminense, localizado no município de Niterói-RJ. Participaram como sujeitos do estudo dezesseis profissionais de saúde – enfermeiros obstetras e médicos obstetras – com atuação voltada para o processo parturitivo.

Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, realizadas no ambiente de trabalho dos sujeitos, seguindo roteiro preestabelecido, cujo foco foi a identificação das práticas do cuidado no parto e nascimento. Nortearam o estudo as seguintes questões: como o participante entendia a humanização no parto e nascimento, quais as práticas consideradas por ele como humanizadoras e como as utilizava no seu dia a dia. As entrevistas foram gravadas para assegurar a realização da análise do material obtido.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, sendo aprovado sob protocolo nº CAAE 0129.0.258.000-09. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se-lhes o anonimato e a confidencialidade das informações, além do direito de liberdade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram analisadas com base no método da análise de conteúdo, utilizando a técnica de análise temá-

tica, na qual se separa o texto em unidades de significação.⁷ Operacionalmente, a análise temática desdobrou-se em três etapas, descritas a seguir:

Pré-análise – após a coleta de dados, as entrevistas foram ouvidas, em média, duas ou três vezes, para que fosse possível transcrevê-las na íntegra. Em seguida, deu-se a escolha dos documentos a serem analisados, permitindo a retomada dos objetivos da pesquisa. Finalmente, foram elaborados os indicadores que orientaram a interpretação final do material sob análise.

Exploração do material – nesta etapa foi realizada a significação. Primeiro, foram recortados dos textos transcritos as unidades de registro: uma palavra, uma frase ou um acontecimento. Depois, essas unidades foram quantificadas através de índices e, em seguida, houve a classificação desses dados, agregando-os em categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas. Algumas unidades de registro encontradas neste trabalho foram: a autonomia da mulher, o respeito à mulher e ao casal, o respeito à fisiologia feminina, o profissional como facilitador do processo do parto e nascimento humanizados e a importância da compreensão das práticas facilitadoras desse processo. Em seguida, essas unidades foram agrupadas de acordo com seus significados, dando origem a duas categorias de significação: A assistência ao parto e nascimento sob a ótica da autonomia e a fisiologia feminina; e O profissional de saúde como facilitador do processo de parturição.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretados – Por último, essas unidades de significação foram analisadas de acordo com a literatura referenciada nesta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistados 16 profissionais, enfermeiros e médicos, distribuídos igualmente no grupo de sujeitos. Estes profissionais apresentaram perfil predominantemente feminino, na faixa etária entre 26 e 55 anos, tendo como titulação dominante a especialização em Obstetrícia. A renda mensal preponderante foi de 10 a 20 salários mínimos, com média de 12 salários mínimos, valores percebidos pelos profissionais que trabalham em mais de uma instituição e acrescidos pelas respectivas titulações – com remunerações maiores para os detentores de título de Mestre e Doutor. Ao traçar o perfil dos

profissionais de saúde em questão, observou-se a grande dificuldade existente em acessar conheci-

mentos, sem os quais estes não se atualizam, como se pode constatar no quadro a seguir.

Quadro 1 - Perfil dos enfermeiros e médicos atuantes no parto e nascimento na maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói-RJ, 2010 (n=16)

Itens analisados	Resultados encontrados
Tempo de formado	Mais de 10 anos (média 18,1 anos)
Carga horária semanal	Maior do que a estipulada nos contratos de trabalho (média 43.7 horas/semana)
Trabalho em mais de uma instituição	Positivo para aproximadamente metade da amostra
Cursos de atualização/capacitação com a temática da humanização no parto e nascimento	Nunca oferecido pela(s) instituição(ões) no ambiente de trabalho

Fonte: Malheiros PA.⁸

A assistência ao parto e nascimento sob a ótica da autonomia e a fisiologia feminina

A autonomia feminina emergiu na fala dos entrevistados no contexto da conceituação da humanização no parto e nascimento. A concepção de autonomia é ampla e envolve abordagens sociais, éticas e políticas, que não se pretende discutir neste momento. Etimologicamente, a autonomia se traduz através de *auto* = próprio, *nomos* = norma, regra, lei. Sua origem linguística, portanto, evidencia a ideia de liberdade de escolha e a capacidade de exercício ativo de si.⁹ A autonomia aparece na fala dos sujeitos atrelada ao empoderamento, sendo este último, consequência daquela. Reproduzimos aqui alguns depoimentos sobre a questão: *visam o respeito à autonomia da mulher, dando condições para o empoderamento feminino* (E2); *o respeito incondicional às crenças, valores e saberes da mulher/casal durante o processo gestacional e a promoção da autonomia e poder da mulher gestante no trabalho de parto e cuidados com o RN [recém-nascido]* (E6); *o reconhecimento do saber feminino, da capacidade de gestar e parir, aceitando o protagonismo da mulher. Colocando todas as práticas, rotinas e tecnologias à disposição desta mulher* (E9); *o respeito à mulher/gestante/puérpera quanto à liberdade de suas ações e desejos, excluindo protocolos ineficazes e valorizando a mulher como condutora do parto* (E14).

Empoderar-se tem relação com o exercício do controle de nossos atos, a partir do acesso à informação e consequente consciência plena de nossos direitos. É isto que promove a mudança de atitudes para posturas ativas, ocasião em que o indivíduo é capaz de saber o que é melhor para si.¹⁰⁻¹¹ Os sujeitos deste estudo citaram, de alguma forma, a autonomia e o empoderamento – seja

através da própria palavra ou pela descrição de seu significado, demonstrando que valorizam o protagonismo feminino no processo de parturição.

Na proposta de sua criação, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) traz cinco principais objetivos. Um deles é incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e partos.¹¹ Tais objetivos vêm sendo alcançados através da progressiva participação feminina que reivindica a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao parto e nascimento. Depreende-se, pois que a autonomia sustentada neste estudo passa por um processo no qual a mulher vem, paulatinamente, adquirindo poder decisório.

Para definir a humanização no parto e nascimento, os entrevistados citaram a autonomia e o respeito à mulher e à sua fisiologia, o que se daria por meio da percepção que os profissionais têm das necessidades demandadas pela usuária do sistema no ciclo gravídico-puerperal, entendendo-se aqui o parto como um evento fisiológico e natural e que, por isso mesmo, deve receber uma assistência pautada em modelos não intervencionistas. Esta ideia pode ser observada nos seguintes depoimentos: *saber cuidar, ouvir, respeitar o processo fisiológico do parto e nascimento, assim como as decisões maternas* (E13); *é um modelo de assistência pautado em princípios não intervencionistas que respeitam a fisiologia feminina* (E2); *o respeito aos aspectos da fisiologia, a não intervenção desnecessária* (E15).

Ao longo da investigação, os profissionais demonstraram conhecer as evidências científicas contidas na classificação que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 1996. À época, a OMS organizou as condutas e práticas inerentes

ao parto normal em quatro categorias, de acordo com sua utilidade, eficácia e efeitos prejudiciais ou a ausência deles, tendo como finalidade nortear a conduta dos agentes de saúde. À propósito, os depoimentos demonstraram que médicos e enfermeiros conhecem esses princípios: *todas [práticas humanizadoras] que respeitem a bioética, traduzidas na prática pela assistência baseada em evidências científicas e coloridas pelo cuidado (E9); prestar uma assistência acolhedora, respeitosa, ética, sem juízo de valor com segurança e baseada nos princípios científicos valorizando a mulher como protagonista do processo (E8); algumas das técnicas não são mais recomendadas [pelo MS e OMS], como exemplo, a tricotomia e o enema (E15); são práticas consideradas ineficazes, sem comprovação científica de sua utilização, e que devem ser abolidas (E8).*

Instados a destacar as técnicas de humanização que utilizavam em mulheres sem distócia, ambos os profissionais demonstraram ter assimilado as recomendações da OMS, tanto assim que a postura por eles adotada gerou a redução de práticas ineficazes, como enema e tricotomia. Os resultados foram obtidos a partir de procedimentos como encorajamento de posturas verticais – que vai ao encontro da fisiologia e contribui para a prática da autonomia e do empoderamento feminino. Por outro lado, os mesmos profissionais divergiram quanto à prática da episiotomia de rotina: *episiotomia sim, de rotina (E12); a episiotomia não precisa ser realizada em todas as pacientes (E7); episiotomia de rotina: agressão à integridade genital da mulher e desatualização/descredito em medicina baseada em evidência científica (E16).*

Já o uso rotineiro de ocitocina, da Manobra de Kristeller ou similar, de enema, enteroclistma ou tricotomia não é mais utilizado por esses profissionais, como observado nas falas a seguir: *[...] não raspar os pêlos pubianos [...] (E16); no parto normal, a tricotomia não altera a porcentagem de infecção pós-parto (E7); a ocitocina só deve ser prescrita caso haja alterações na contração uterina (E7); ocitocina: modo de apressar o parto industrializado e iniciar cascata de interferências [...] (E16); manobra de Kristeller: desatualização, descrédito em medicina baseada em evidência científica (E16); não há necessidade de enema, pois caso a paciente evacue, é mais fácil manter a assepsia se as fezes são sólidas do que líquidas (E7); não mencionar enema e propiciar conforto e discrição quando a mulher evacuar (E16).*

A pesquisa coletou outros dados que apresentam benefícios para o serviço e suas usuárias. Os entrevistados citaram as técnicas de humaniza-

ção ao parto e nascimento de que fazem uso, entre as quais os métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor. Eles também vêm a mulher como a personagem central do nascimento e incentivam o contato cutâneo íntimo e precoce entre mãe e filho. Outros procedimentos humanizantes citados foram a dieta livre e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes: *[...] liberdade de comer e beber frutas/sucos/comidas leves durante o TP [trabalho de parto] (E16); ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto (E11); acolher aos que nascem, promovendo o mais breve possível o encontro com sua mãe (E11).*

É válido destacar que os profissionais que restringem a alimentação antes e durante o parto, mesmo considerando que durante o processo de parturição há um gasto energético significativamente alto, devendo a mulher estar alimentada,¹² justificam tal ação pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico em casos de procedimentos anestésicos. Entretanto, evidências apontam que os maiores índices de broncoaspiração estão associados ao uso de anestesia geral no parto, o que hoje ocorre com pouca frequência.

Como mencionado, outra questão importante apontada pelos entrevistados foi o contato do recém nascido com a mãe, cujo objetivo é intensificar o vínculo mãe e filho o mais precocemente possível. Não é demais lembrar que o momento do nascimento é o mais rico para a formação do vínculo materno-infantil, portanto, os cuidados com o recém-nascido devem ser resumidos ao estritamente necessário para que este contato se estabeleça ainda na sala de parto contribuindo para a formação do apego.¹³

Os participantes afirmaram realizar o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, estimulando atividades que aliviam a dor e proporcionam conforto, como deambulação, incentivando a liberdade de posição e movimentos durante o trabalho de parto, e encorajando posturas verticais. Mas também afirmaram a realização do parto em posição litotômica: *parto em posição litotômica: possível se confortável para a mulher, desde que BCF [batimentos cardíacos fetais] estejam estáveis e TP [trabalho de parto] progredindo fisiologicamente. Se imposto: ignorância, desqualificação, abuso de poder, conforto prioritário para o profissional de saúde em detrimento do conforto da mulher (E16); observe, estimulo e apoio os diversos posicionamentos da mulher em TP (E2); oriento quanto a deambulação e/ou oferta de novas posições (E14); utilizo massagens, compressas frias/quentes, banhos mornos, técnicas de*

distração e descontração, técnicas de relaxamento, ou seja, diversas tecnologias não-invasivas de cuidado (E2).

Estudo realizado com 35 puérperas identificou que mais da metade das participantes consideraram que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o trabalho de parto, pois proporciona o alívio da dor, possibilita ir ao chuveiro para o banho de ducha e acelera o trabalho de parto.¹⁴

Além disso, pesquisa realizada na maternidade municipal do Rio de Janeiro, entre 2004 e 2008, revelou altos índices de utilização de práticas obstétricas não farmacológicas (85,3%), caracterizados por deambulação, movimentos pélvicos e exercícios respiratórios. Identificou, ainda, que 60,6% dos partos ocorreram na presença de acompanhante, com posição predominantemente vertical (77,6%) e que 30,2% destas mulheres não apresentaram qualquer injúria perineal.¹⁵

Os entrevistados mencionaram a questão da autonomia feminina como fundamental para o processo de humanização da assistência ao parto e nascimento, e destacaram a importância da não intervenção e do respeito à fisiologia feminina, informando que adotam técnicas que demonstrem evidências científicas para promover a humanização do processo, sob a justificativa de que a mulher - assumindo uma postura ativa durante todo o trabalho de parto, parto e nascimento - adquira o referido empoderamento e o poder decisório dele decorrente.

O profissional de saúde como facilitador do processo de parturição

Uma discussão profunda a respeito da reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento se faz necessária para reduzir o cunho intervencionista que este processo assumiu. O debate deve ser baseado em evidências científicas, buscando valorizar as concepções e as práticas de acompanhamento e aconselhamento no parto e nascimento.¹¹

Mas, para que o cunho facilitador seja observado com segurança, é necessário identificar os riscos inerentes a cada gestante. Os profissionais entrevistados, no entanto, demonstraram superficialidade quando o tema abordado foi a necessidade de intervenção real da classificação de risco, o que significa dizer que embora enfatizem a importância do profissional como facilitador do processo de parturição, não avançaram para uma classificação de risco que sustente sua própria função de facilitador.

“O conceito de risco está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado”.^{16:22} A classificação durante o pré-natal em risco habitual, médio ou alto risco é primordial e permanente, embora ainda existam dúvidas sobre os sistemas utilizados.¹⁰ Neste sentido, a classificação permite que as intervenções médicas sejam aplicadas de forma correta, garantindo a segurança do binômio mãe-bebê, reduzindo os riscos provenientes tanto da não disponibilização de intervenções que se fazem necessárias, como de utilizações iatrogênicas em casos de risco habitual.

Entre os profissionais pesquisados emergiram as seguintes falas a respeito: [...] *apoiar e respeitar as decisões maternas nos casos de baixo risco* [...] (E13); [...] *apoio da parturiente somente intervindo em caso de necessidade real* (E2); *deve considerar que o parto e nascimento é um processo fisiológico que tem suas intercorrências, porém o profissional deve estar apto tecnicamente para oferecer uma assistência com qualidade, segura* [...] (E8).

O melhor caminho para a conquista de uma assistência mais adequada neste contexto, seria somar conhecimentos técnico e científico sistematizados e comprovados a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.^{11,17} Assim é que, segundo os próprios depoentes, o profissional precisa ter conhecimento suficiente para observar o processo de parturição pacientemente. O médico e o enfermeiro devem saber com exatidão quando ocorre alguma intercorrência ou quando esta é iminente para, de fato, agir de acordo com as disposições do Ministério da Saúde.⁵ De acordo com este órgão governamental, a função dos cuidadores da saúde é a de observar a existência de fuga na direção patológica onde se pode, com confiança e cuidado, utilizar-se a arte e a tecnologia disponíveis para salvar mães e bebês. Esses aspectos estão bem ilustrados nas falas a seguir: [...] *paciência para deixar o processo fluir naturalmente sem gerar inquietudes que geram intervenções* (E6); *procurar não intervir no processo natural do parto* [...] *respeitar a vontade da parturiente e seu tempo* (E13).

O cuidado tido como mais efetivo seria, então, aquele que tivesse a parturiente como figura central do evento ‘parto’ e valorizasse suas necessidades em detrimento das exigências dos profissionais e/ou das instituições.¹⁸ Assim, cada mulher seria caracterizada como única, possuidora de suas próprias necessidades e meios para supri-las, devendo o profissional estar preparado cientificamente e treinado, ou seja, qualificado para

atendê-la dentro da filosofia da humanização. As falas que se seguem sobre as práticas humanizadas ilustram a opinião dos sujeitos sobre como cada mulher tem seus próprios desejos e o profissional deve se adequar a eles: *é preciso lembrar que não existe um rol de práticas que devemos considerar essencialmente humanizadoras. Tem mulheres que gostam de ficar sozinhas, outras recusam massagens, o incenso às vezes as enjoam (E3); conjunto imenso e criativo que se modifica a cada parto/nascimento (E16).*

Quando indagados sobre o papel do profissional de saúde na humanização do processo de parto/nascimento, os sujeitos deste estudo atribuíram a si próprios o papel de facilitadores do processo de parturição. De certa forma, colocaram-se no processo como espectadores que deixam a fisiologia agir; desta maneira, reduzem o número de intervenções e garantem o direito de escolha da mulher. Sublinharam, ainda, que o profissional deve ter habilidade técnica e conhecimento com embasamento científico. Este último aspecto pode ser observado nos seguintes depoimentos: *[...] garantir o direito de escolha da mulher, além de ser um mero espectador [...] (E2); colocar-se acima de tudo como elemento facilitador do processo (E10); diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado baseado na compreensão do que é fisiológico e natural (E11).*

Os participantes deste estudo relataram os principais obstáculos para a prática da humanização no parto e nascimento. Uma delas é a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem aceitar os procedimentos sem os quais não é possível romper com o atual paradigma. Destacaram, também, a formação profissional pautada no modelo biomédico e o conseqüente despreparo e desqualificação das equipes. Depreende-se, assim, que é necessário investimento na atualização dos conhecimentos, aperfeiçoamento e treinamento dos agentes de saúde, visando não só a desconstrução do modelo aprendido, mas sua transformação num padrão de atendimento humanizado ao parto e ao recém-nascido.¹³ Alguns depoimentos colhidos falam por si: *[...] a principal dificuldade é, com certeza, a resistência dos demais profissionais. O choque entre os modelos assistenciais leva muitas vezes a problemas com a equipe e com as autoridades institucionais (E2); os médicos que não tem nosso ponto de vista dificultam a mudança dessas rotinas. Os profissionais de saúde envolvidos com a maternidade não tem cursos ou recebem palestras para atualização de conhecimento e desconstrução do antigo modelo que eles aprenderam (E13); as maiores dificul-*

dades encontram-se na incapacidade dos profissionais se despirem de seu orgulho e ao mesmo tempo tornarem-se pessoas mais sensíveis às mudanças de paradigma (E10); A dificuldade da maioria dos profissionais em aceitar tais práticas, devido ao próprio aprendizado que receberam, é um fator que contribui negativamente nas mudanças de paradigmas, que passa a considerar a assistência ao parto como um fator patológico e não como fisiológico (E8).

Pesquisa realizada em hospitais públicos de São Paulo visando comparar a satisfação das mulheres frente ao parto em diferentes modelos de assistência, concluiu que o modelo peri-hospitalar foi o melhor avaliado e se relacionou com maiores graus de satisfação.¹⁹ Isto comprova o importante papel do profissional de saúde na significação do momento do parto para a mulher e sua rede social.

É necessário romper com o parto institucionalizado ao qual muitos profissionais habituaram-se, acabando por reproduzir técnicas sem comprovação de benefícios pelas evidências científicas, em decorrência da formação acadêmica recebida.¹⁷

Os sujeitos ressaltaram a importância do profissional como facilitador do processo parturitivo, sustentando o argumento de que o movimento da humanização deve se contrapor ao modelo biomédico para resgatar a competência da mulher no processo de gerar e parir, desde que os agentes de saúde adotem uma conduta pautada na classificação de riscos. Reconheceram, no entanto, a importância dos recursos tecnológicos quando o uso destas ferramentas é necessário e adequadamente aplicado. Admitiram, desta forma, que os profissionais devem necessariamente deter o chamado conhecimento científico para embasar suas práticas, e que a atualização desse conhecimento deve ser permanente, uma vez que os avanços científicos evoluem rapidamente e promovem modificações constantes, tanto nos saberes quanto no processo de aprendizado acadêmico.

CONCLUSÃO

Ficou claro que os profissionais entrevistados têm conhecimento acerca das políticas de saúde que dispõem sobre a humanização do parto e nascimento, ao declararem que colocam em prática os preceitos institucionais ditados pelos órgãos afetos ao tema e aplicam esses conceitos na resolução de questões com as quais se defrontam diariamente: autonomia, fisiologia, conduta expectante e classificação de risco. Os agentes de saúde alegaram que se reportam aos ditames daquilo que é preco-

nizado pelas políticas de saúde, mas ressaltaram que existe uma discrepância entre o que afirmam e as estatísticas, e ao que os desenhos de estudo evidenciam. Não raro, alguns profissionais ainda deixam transparecer desconhecimento quando expõem seus conhecimentos e práticas. É comum encontrar agentes de saúde que admitem usar técnicas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e que também contrariam as determinações do Ministério da Saúde para humanizar o parto e o nascimento.

A decisão da mulher no seu processo de parturição é essencial para que o parto venha a ser humanizado e fisiológico. Isso acontecerá no momento em que os profissionais entenderem que este processo não passa somente pelo conhecimento das evidências científicas, mas deve levar em conta, também, a classificação de risco sem a qual é difícil determinar o momento correto da intervenção.

Quanto à implementação da humanização no parto e nascimento, observou-se que parte dos próprios profissionais reconhece a necessidade da mudança de paradigma, a busca por novos conhecimentos e a atualização da formação dos médicos e enfermeiros. Todavia, o salto qualitativo almejado na assistência prestada só acontecerá por meio da desconstrução do modelo tecnocrático e a subsequente anuência ao modelo humanístico.

Acreditamos ser este um caminho importante para que o profissional de saúde se torne facilitador do processo parturitivo, respeitando a fisiologia, o princípio da não intervenção desnecessária e o respeito à autonomia feminina.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar;15(1):107-14.
4. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista de Enfermagem UERJ.* 2005; 13:245-51.
5. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa (PT): Edições 70, 1977.
8. Malheiros PA. A implementação do parto humanizado: saberes e práticas dos profissionais que atuam no parto e nascimento [trabalho de conclusão de curso]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2010.
9. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Alvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2008; 13(2):2115-22.
10. Horochovski RR, Meirelles G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, 2007 Abr 25-27; Florianópolis, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. p.485-506.
11. Rattner D, Trench B. *Humanizando nascimentos e partos.* São Paulo (SP): Editora Senac; 2005.
12. Mouta RJO, Progiante JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Out-Dez; 18(4):731-40.
13. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 Set; 32(3):479-86.
14. Wei CY, Gualda DMR, Santos JHPOL. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto Contexto Enferm.* [online]. 2011 Dez [acesso 2012 Mai 09]; 20(4):717-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010&lng=pt
15. Souza DOM. Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008. [tese na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem; 2011 [acesso 2012 Mar 13]. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2260
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

17. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc. Anna Nery* [online]. 2012 Mar [acesso 2012 Mar 09]; 16(1):34-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=pt
18. Rede Feminista de Saúde. Dossiê humanização do parto. São Paulo (SP): Rede Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos 2002.
19. Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Scheneck CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in diferente models of care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [online]. 2010 Nov [acesso 2012 Mar 13]; Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>

Correspondência: Paolla Amorim Malheiros
Estrada de Itaipuaçu, 300, Cond. Campo e Mar 1, Rua 2, Casa 52
24900-000 - Itaipuaçu, Maricá, RJ
E-mail: paolla_amorim@yahoo.com.br