



Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento

Practices of health professionals in delivery and birth care

Laura Pinto Torres de Melo¹, Hilana Dayana Doudou², Antonia Regynara Moreira Rodrigues¹, Maria Adelaide Moura da Silveira¹, Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa¹, Dafne Paiva Rodrigues¹

Objetivo: compreender as práticas adotadas por profissionais de saúde no atendimento à parturiente. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado em uma maternidade pública com 13 profissionais de saúde, a partir de entrevista semiestruturada. Dados narrativos organizados de acordo com o método de análise de conteúdo, tendo como referencial as evidências científicas para boas práticas de atenção ao parto e nascimento, fundamentada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** revelaram-se dois contextos assistências: utilização de práticas respaldadas em evidências científicas e práticas rotineiras, cujas evidências não são favoráveis ao uso, o que denota a adoção de práticas oriundas de crenças e saberes de plantonistas. **Conclusão:** os profissionais apoiavam suas práticas em evidências científicas, porém permaneciam utilizando estratégias cuja eficácia não está garantida, apontando ainda um longo caminho para humanizar a assistência durante a parturição.

Descritores: Parto; Parto Normal; Tocologia; Saúde da Mulher; Obstetrícia.

Objective: to understand the practices adopted by health professionals in the care of parturient women. **Methods:** qualitative study conducted in a public hospital with 13 health professionals through semi-structured interviews. Narrative data were organized according to content analysis. Scientific evidence for best practices in delivery and birth care according to recommendations of the World Health Organization, were used as reference. **Results:** two care contexts were raised: the use of practices backed by scientific evidence and routine practices whose evidence is not favorable to use, denoting the adoption of practices derived from beliefs and knowledge of physicians on duty. **Conclusion:** professionals had their practices backed by scientific evidence, but they still use strategies whose effectiveness is not guaranteed. There is, therefore, a long way to humanize the care provided during childbirth.

Descriptors: Parturition; Natural Childbirth; Midwifery; Women's Health; Obstetrics.

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Laura Pinto Torres de Melo
Rua Torres Câmara, 891 – Apto. 1301, Aldeota, CEP: 60150-060. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lauraptmelo@gmail.com

Introdução

A assistência ao parto e nascimento vem sofrendo profundas modificações ao longo dos anos, passando do ambiente domiciliar para o cenário hospitalar, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos, acarretando o afastamento da família e da sociedade no processo de nascimento⁽¹⁾.

Desenhou-se, assim, um modelo de atenção tecnicista, centrado no profissional, com intervenções cirúrgicas e medicamentosas, no qual profissionais e instituições mantinham o controle, determinavam normas e rotinas rígidas que, por vezes, impediam a mulher de exercer seu protagonismo durante o parto e nascimento⁽²⁾.

Em um movimento de superação deste modelo, a Organização Mundial da Saúde publicou, um guia prático para assistência ao parto normal, propondo estratégias para garantir uma maternidade segura e uma assistência humanizada e sem riscos à mulher e ao recém-nascido. As propostas objetivavam diminuir intervenções na assistência ao parto, dispor a mulher como protagonista do próprio parto, incorporar o acompanhante de escolha no processo de parto e considerar a dimensão social e emocional na dinâmica assistencial, norteando a assistência por evidências científicas⁽³⁾.

No Brasil, as tendências em reorganizar a atenção ao parto e nascimento foram oriundas de programas e políticas de saúde, que passaram a proclamar a ideia de parturiente humanizada por diversos segmentos. Porém, apesar dos esforços para direcionar melhoria no atendimento e relacionamento entre profissionais e usuários, a humanização dessa assistência à mulher no pré, trans e pós-parto é, ainda, um desafio que os serviços de saúde, e principalmente os profissionais de saúde, devem assumir e conquistar.

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas assistenciais, sustentado em pilares, como a prática baseada em evidências, o respeito aos direitos humanos, a

valorização da experiência humana, o redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, resgatando a mulher e a família como centros da atenção e o resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes⁽¹⁾.

O trabalho de parto e o parto consistem em uma interação complexa e multifacetada entre a mãe e o feto, através de uma série de eventos fisiológicos e psicológicos, por meio dos quais o feto é expelido do útero, culminando com o nascimento de um bebê e a formação ou expansão de uma família⁽⁴⁾.

A complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência têm suscitado questionamentos, envolvendo desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturiente. Estudos progressivos, a respeito das percepções de profissionais e usuárias, revelaram que a humanização no parto e no nascimento abrange aspectos estruturais, atitude ética dos profissionais, comunicação interpessoal efetiva, envolvimento e respeito mútuo entre profissional-parturiente-familiares, perpassando desde o acolhimento à alta^(1,5-6).

Essas informações fortalecem a necessidade de reflexão e luta pela retomada do cenário natural do parto, antes reescrito como um processo fisiológico e singular na vida da mulher e de seus familiares, compreendendo o profissional de saúde como peça fundamental para implementação do parto humanizado, já que são condutores desse processo. Este estudo foi desenvolvido em resposta ao seguinte questionamento: como se caracterizam as práticas inseridas na rotina de profissionais de saúde durante a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento?

Destarte, toma-se por objetivo compreender as práticas adotadas por profissionais de saúde no atendimento à parturiente.

Métodos

Estudo qualitativo, realizado em uma maternidade pública, de atenção secundária, localizado na ci-

dade de Fortaleza, Brasil. A escolha deste local foi respaldada pelo fato de ser referência para a assistência materna e infantil na rede municipal e por desenvolver programas e projetos que buscam a humanização da assistência ao parto.

Participaram deste estudo 13 profissionais de nível superior, sendo quatro enfermeiras e nove médicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir residência ou especialização em obstetrícia; prestar assistência exclusivamente na sala de parto, por no mínimo seis meses e estar trabalhando no período da coleta de dados. Os participantes foram identificados pela letra "P", referente à participante, e numerados em ordem cronológica de acordo com a realização das entrevistas.

Os dados foram obtidos entre março a junho de 2013, mediante aplicação de entrevista semiestruturada elaborada pelas autoras, constando dados de identificação profissional e informações relacionadas às práticas adotadas pelos profissionais durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto.

Para análise das entrevistas, utilizou-se o método da análise de conteúdo⁽⁷⁾, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Por fim, procedeu-se à interpretação dos resultados obtidos e posterior discussão com a literatura referente à temática, tendo como referência as evidências científicas para boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, fundamentada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto à classificação das práticas em: (A) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; (B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; (C) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; (D) Práticas fre-

quentemente usadas de modo inadequado⁽³⁾.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Participaram do estudo 13 profissionais da referida maternidade com idade entre 30 e 56 anos, sendo seis do sexo masculino e sete do feminino. Com relação ao tempo de formação profissional, cinco tinham em média de seis a 16 anos e oito de 23 a 32 anos; quanto ao tempo de trabalho, um profissional possuía apenas seis meses, quatro de dois a sete anos e oito de 10 a 22 anos.

Na análise dos dados, emergiu a classe temática Nascimento: o desenrolar do trabalho de parto e parto, composta por 70 unidades de registro, subdividida em duas categorias e seis subcategorias com base nas convergências das falas dos profissionais entrevistados. Na primeira categoria, Boas práticas aplicadas à parturiente, abordaram-se as práticas favoráveis ao trabalho de parto e ao parto em quatro subcategorias: meios não farmacológicos, ambiente acolhedor e tranquilo, práticas úteis ao trabalho de parto e o parto e participação do acompanhante. A segunda categoria, Práticas prejudiciais à parturiente, trata das condutas consideradas inadequadas durante o trabalho de parto e parto, subdividida em duas subcategorias: práticas evitáveis e utilização de práticas intervencionistas inadequadamente.

Categoria 1: Boas práticas aplicadas à parturiente

Esta categoria abrangeu 41 unidades de registro e quatro subcategorias que apontaram as práticas consideradas benéficas, durante o trabalho de parto e o parto, utilizadas pelos profissionais de saúde.

As práticas e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde oferecem assistência à parturiente de forma humanizada, que atente para suas necessi-

dades e individualidades. Estas práticas envolvem o respeito, o apoio emocional, o bom relacionamento entre profissional e parturiente, além de ações que podem estimular a mulher a participar ativamente do seu parto, e que contribuam para o alívio da dor e evolução do parto.

Foram mencionadas como boas práticas a utilização de meios não farmacológicos, o desenvolvimento de um ambiente acolhedor e tranquilo, o desenvolvimento de práticas favoráveis ao trabalho de parto e parto e o envolvimento do acompanhante. A Figura 1 apresentou as subcategorias relacionadas às boas práticas, com os respectivos relatos dos pesquisados.

A utilização dessas práticas pelos profissionais na condução do parto enquadra-se na categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, devido ao reconhecimento de seus benefícios para a parturiente, como a orientação realizada pelos profissionais às mulheres sobre todo o processo do trabalho de parto e parto, o estímulo aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, a liberação da dieta, o incentivo à presença do acompanhante, sempre respeitando a vontade e as escolhas da mulher, além da organização do ambiente para assistir a parturiente.

Dentre os meios não farmacológicos, foram citados e utilizados pelos profissionais a bola suíça, o cavalinho, o incentivo à utilização das posições verticalizadas para o parto, a deambulação, o banho de chuveiro de aspersão e as massagens, como práticas para minimizar as dores do trabalho de parto e parto e, conseqüentemente, proporcionar maior conforto e redução da ansiedade.

Como boa prática, mencionou-se também receber a parturiente e seus familiares em um ambiente físico adequado, acolhedor e que transmita tranquilidade, bem-estar e segurança. Nesse ambiente, é inserida a presença e a participação dos acompanhantes escolhidos de acordo com a preferência da parturiente até o momento do parto e do nascimento.

Categoria 2: Práticas prejudiciais à parturiente

Esta categoria reuniu 29 unidades de registro agrupadas em duas subcategorias, descritas em práticas evitáveis e a utilização de práticas intervencionistas inadequadamente, no qual encontram-se enunciadas as práticas que não apresentam evidências científicas favoráveis à sua utilização durante o trabalho de parto e o parto, mas que constam nos relatos profissionais (Figura 2).

As práticas elencadas agruparam-se em três categorias. Na categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, encontram-se práticas como tricotomia, cateterização venosa, enema e administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto; na categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, a saber: a amniotomia precoce e a pressão do fundo de útero durante o trabalho de parto e, na categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado apresentaram-se os exames vaginais repetidos.

Em relação a essas práticas intervencionistas, destaca-se que não favorecem que o parto ocorra de modo natural, sendo recomendação da Organização Mundial da Saúde que sejam utilizadas somente quando existe necessidade, após avaliação e julgamento clínico de forma que seu uso ocorra para evitar riscos para a mãe e/ou para a criança e não o responsável por causá-lo.

Destaca-se que algumas dessas práticas são evitadas pelos profissionais, o que aponta caminhos na direção de uma assistência humanizada, como a venoclise, tricotomia, enema, episiorrafia e toques vaginais excessivos. Outras, entretanto, tiveram sua frequência reduzida, porém, permanecem presentes na rotina dos profissionais, como a amniotomia, uso de ocitocina e manobra de Kristeller, o que requer maior sensibilização e reflexão crítica de sua utilização pelos profissionais, considerando os benefícios e a segurança para o binômio materno-fetal.

Meios não farmacológicos	Ambiente acolhedor e tranquilo	Práticas úteis ao trabalho de parto e parto	Participação do acompanhante
<p>A gente usa a bola e o cavalinho como uma forma de estimular as posições verticalizadas... (P03).</p> <p>...deixo a paciente à vontade, para ela caminhar ou usar o cavalinho, a bola... (P04).</p> <p>As massagens, as posições, a questão de levar ao banheiro para fazer com que elas tomem um banho pra que elas relaxem... (P13).</p>	<p>...a gente procura deixar a paciente em um ambiente com pouca luminosidade, com pouco barulho, mínimo de barulho possível... (P01).</p> <p>...ela deve receber uma assistência em um ambiente tranquilo, um ambiente acolhedor... (P02).</p> <p>...ter um ambiente calmo que transmita pra ela uma segurança... (P10).</p>	<p>...explicar para ela o que a gente tá fazendo, o que a gente vai fazer e o que vai acontecer lá na frente... (P09).</p> <p>...dieta líquida ou dieta que a gestante aceitar... (P08).</p> <p>...respeitar as vontades dela orientando com opções... (P02).</p>	<p>Durante o parto, de preferência ficar acompanhada... (P04).</p> <p>...o acompanhante do lado e dar o máximo de conforto possível... (P05).</p> <p>...mas eu chamo o acompanhante, explico para ele o que é que ele pode fazer, estimulo ele a fazer massagem, estimulo ele estar próximo da mulher... (P03).</p>

Figura 1 - Boas práticas aplicadas à parturiente

Práticas evitáveis	Utilização de práticas intervencionistas inadequadamente
<p>...a gente evita fazer clister evacuativo... (P02).</p> <p>...a gente evita pegar veia da paciente... (P01).</p> <p>...a gente procura evitar toques vaginais excessivos... (P01).</p> <p>...evita romper a bolsa precocemente, deixar que ela se rompa naturalmente... (P11).</p> <p>...evita fazer episiotomia... (P09).</p> <p>...evitar a tricotomia... (P02).</p>	<p>...mas, às vezes, tem uma paciente que já está bem pertinho de parir e você vê que não é uma manobra forçada, segurar um pouquinho o útero e pressionar, fazer uma pequena pressão, eu acho até melhor do que fazer um fórceps... (P06).</p> <p>A amniotomia eu gosto de fazer depois dos sete centímetros, eu acho assim que ajuda muito... você fazendo amniotomia e o menino nasce meia hora depois (P06).</p> <p>No parto, se tiver demorando no período expulsivo, às vezes é preciso utilizar um fórceps...evite sofrimento da criança (P10).</p> <p>Práticas inadequadas que a gente vê muito comumente é o uso da ocitocina (P10).</p> <p>Tem as suas indicações, mas a gente vê o uso muito indiscriminado, já se usou muito mais ocitocina do que agora... (P01).</p>

Figura 2 - Práticas prejudiciais à parturiente

Discussão

Configurou-se como limitação a realização da pesquisa apenas com profissionais e em uma única instituição de saúde. Torna-se veemente dar voz e espaço para que as parturientes relatem sobre a assistência recebida durante o trabalho de parto e o parto, bem como estender a pesquisa para os diversos cenários onde o parto aconteça, como proposta para melhoria das práticas obstétricas ao encontro das ne-

cessidades dos profissionais e das mulheres que experienciam o processo de parturição, residindo aqui sugestões para pesquisas futuras.

Promover o conforto e a satisfação à mulher é tarefa primordial durante o trabalho de parto e o parto. Ações que têm estes objetivos envolvem a valorização do parto fisiológico, o uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e ao nascimento, a manutenção de ambientes favoráveis, o emprego de práticas não medicamentosas para alívio da dor e a permissão à mulher de mais sensação de controle no parto⁽⁸⁾.

No guia prático para assistência ao parto normal, a Organização Mundial da Saúde propõe uso racional e crítico das práticas assistenciais, reduzindo as práticas intervencionistas aos casos necessários, além de incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai e/ou acompanhante no processo do parto, e à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais⁽³⁾.

Estudos atuais mostram tendência crescente da participação de enfermeiros obstétricos face à assistência ao parto normal, evidenciando que o apoio contínuo de enfermeiras durante todo processo de trabalho de parto e parto normal eutócito promove desfechos positivos do parto e menos intervenções técnicas e cirúrgicas, preservando, assim, o bem-estar materno e fetal, além da garantia de uma experiência segura, personalizada e humanizada^(2,9-10).

Pesquisa realizada com base nas evidências científicas sobre as intervenções rotineiramente utilizadas em trabalho de parto e parto nos Estados Unidos, entre as quais: analgesia epidural, oxitocina, amniotomia e episiotomia, constatou que estas são largamente utilizadas pelos profissionais e que o uso rotineiro dessas intervenções perturbam os processos fisiológicos normais do parto e nascimento, aumentando as complicações para as mulheres e seus bebês. Evidenciou ainda que o melhor cuidado é aquele que promove, apoia e protege a fisiologia do parto e do nascimento e que para garantir a parturição segura, as mulheres devem alimentar-se, ter a frequência cardíaca do bebê avaliada com ausculta intermitente, ter acesso a uma ampla variedade de maneiras de aliviar a dor e dar à luz em ambientes harmoniosos, que respeitam o tempo para evolução natural do parto⁽¹¹⁾.

Humanizar a assistência ao parto representa, pois, conceder à mulher o centro da assistência, criar espaços para que exerça sua autonomia durante todo o processo, permitir um acompanhante de sua escolha, informar à paciente os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos e a fisiologia do parto, não intervindo

desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecer suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho^(1,12). Assim, nesta perspectiva, a mulher se torna protagonista do seu parto e personagem principal da construção da maternidade⁽¹³⁾.

Dentre as mudanças relacionadas à humanização do parto, a estrutura física para o local do parto é preponderante, sendo a ambientação responsável pela sensação de acolhimento, apoio e aconchego, permitindo à mulher vivenciar o momento do nascimento como uma experiência prazerosa^(5,14). Neste estudo, percebeu-se o empenho dos profissionais em proporcionar ambiente acolhedor e tranquilo, no qual a parturiente sintasse confortável para vivenciar o parto e o nascimento de seu filho, reforçando as estratégias utilizadas para humanizar a assistência.

Encontraram-se, nos discursos dos profissionais deste estudo, práticas de atenção ao parto e ao nascimento, como: o respeito às vontades e necessidades das parturientes, o estabelecimento de comunicação e orientação e o reconhecimento da importância do acompanhante no momento do parto. Essas práticas apresentam evidências científicas de resultados benéficos para o trabalho de parto e o parto, implicam tranquilidade, segurança e aumento da autoconfiança para a parturiente, e que devem, portanto, ser estimuladas, confluindo para a humanização da assistência à parturiente⁽¹⁴⁾.

Para os profissionais entrevistados, o papel do acompanhante foi definido como elemento fundamental para dar suporte emocional à parturiente, no qual a mulher é encorajada a levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, diminuindo a ansiedade, e tornando o nascimento mais próximo do seio familiar quanto possível. Nesse aspecto, é trazida a maior significância da presença do acompanhante na segurança e no conforto proporcionados à parturiente, revelando maior satisfação e tranquilidade⁽⁶⁾.

Soma-se às boas práticas mencionadas pelos profissionais deste estudo o incentivo às posições ver-

ticalizadas, deambulação, massagens e banhos como métodos não invasivos e não farmacológicos para o bem-estar e alívio da dor nas parturientes, respeitando suas vontades e escolhas, o que evidencia o conhecimento desses profissionais e a aplicação de algumas práticas rumo à assistência humanizada, em consonância com as evidências científicas, apresentadas na categoria A.

Em estudos para avaliar as práticas utilizadas para alívio da dor durante o parto, a deambulação, a respiração correta, a utilização da bola suíça, a massagem, o banho de chuveiro ou de imersão, o uso do cavalinho, a musicoterapia, a aromaterapia foram citadas pelas parturientes como boas práticas utilizadas para minimizar as dores e tornar o parto mais relaxante e prazeroso^(6,15).

Ademais, revisão sistemática realizada concluiu que práticas como deambular e posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de parto cesariana, a necessidade de epidural, e não foram associadas a nenhum efeito negativo para as mães e seus bebês⁽¹⁶⁾. Em relação ao banho, ensaio clínico randomizado realizado nos Estados Unidos verificou que para além dos efeitos de higiene físicas, é uma estratégia fácil de implementar, com relação custo-benefício favorável e eficaz para redução da dor durante o trabalho de parto⁽¹⁷⁾.

Vale salientar que é importante o profissional de saúde informar sobre os benefícios dessas técnicas para o parto. A decisão de utilizar ou não cabe inteiramente à mulher, ela deve escolher como irá ser conduzido o trabalho de parto, sendo livre para decidir, protagonizando todo o processo de parir.

A restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto é uma prática reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como de uso inadequado frequentemente. Entretanto, no presente estudo, os profissionais relataram que é permitido às parturientes alimentarem-se, quando de sua escolha, o que contrapõe os achados de pesquisa anterior⁽¹⁸⁾ que afir-

ma que uma das práticas que são utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal é o jejum de rotina, trazendo possíveis desconfortos para a parturiente e riscos para o feto, pela redução dos níveis glicêmicos. Por isso, a oferta hídrica e alimentar deve ser avaliada, de acordo com as condições e a evolução do trabalho de parto, sendo recomendadas às gestantes de baixo risco durante a fase ativa do trabalho de parto.

Outra prática evidenciada, em estudos progressivos⁽¹⁹⁾, como de uso rotineiro de modo inadequado e frequentemente sem indicação, mas que neste estudo enaltece-se pelo fato de ter sido elencada como prática evitada pelos profissionais, é a episiotomia.

Percebeu-se também a não utilização pelos profissionais de algumas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde, como venóclise, tricotomia, enema e toques vaginais excessivos. Isto aponta para indícios da compreensão e sensibilização dos profissionais em busca da humanização da assistência à parturiente. Em contrapartida, verifica-se que práticas, mesmo sem evidências científicas, como as manobras de Kristeller e a amniotomia, e claramente prejudicial, como o uso da ocitocina⁽³⁾, coexistem na assistência ao parto, revelando assistência desvinculada das evidências científicas.

O uso da ocitocina foi evidenciado pelos profissionais como prática inadequada durante o trabalho de parto, porém com o uso, por vezes, indiscriminado. Evidências científicas classificam a utilização da ocitocina em qualquer momento do trabalho de parto como prática claramente prejudicial e que deve ser evitada ou utilizada estritamente quando necessário e de forma criteriosa, a fim de evitar riscos à parturiente e ao recém-nascido^(3,19).

Os relatos mostram que a manobra de Kristeller, prática sem evidências suficientes para uma recomendação clara, ainda é utilizada pelos profissionais como método para acelerar o trabalho de parto e auxiliar no período expulsivo. O guia da Organização

Mundial da Saúde considera tal manobra ou similares como práticas prejudiciais e promotoras de riscos, cuja utilização não é recomendada⁽³⁾. A frequência deste procedimento ocorre devido à falta de práticas humanizadas durante o trabalho de parto, dentre elas incentivar a mulher a parir na posição que mais lhe agrada⁽¹⁹⁾.

Em relação à amniotomia, identificaram-se duas realidades: profissionais que aguardam a ruptura natural das membranas e profissionais que optam pelo procedimento. É uma prática que deve ser postergado até o final do parto, pois, sendo um procedimento invasivo, implica riscos, principalmente quanto às infecções maternas e fetais, cuja indicação é incentivada no caso de dúvida quanto à cor do líquido amniótico e possível sofrimento fetal⁽¹⁹⁾. Um dos aspectos revelados foi que, na unidade em estudo, a opinião de alguns trabalhadores tornou-se verdadeira e superior às orientações da Organização Mundial da Saúde. Parece evidente que a adoção das práticas está na dependência da crença e saber dos plantonistas.

Inferiu-se que a assistência ao parto esteve atrelada, principalmente, a disponibilidade, sensibilidade, compromisso e trabalho dos profissionais. Nesse sentido, nota-se que a postura profissional é um elemento divisor entre a assistência humanizada ao parto e a perpetuação de uma assistência tecnicista. Os profissionais são essenciais para garantir parturição segura e prazerosa, na qual os recursos utilizados devam considerar riscos e benefícios, além de proporcionar conforto, respeito ao desejo da parturiente e autonomia da mulher para tomar decisões a respeito do seu parto.

Acredita-se que este estudo aprofunda conhecimentos na área obstétrica e suscita reflexões em torno da necessidade de aprimorar as práticas de atenção ao parto e nascimento, de acordo com as evidências científicas e atendendo às especificidades de cada mulher, agregando teoria, técnica e humanização no cuidado ao sistema mãe-filho-família.

Conclusão

Os dados evidenciaram a sensibilização dos profissionais às necessidades e aos direitos da mulher como fator preponderante para uma atenção qualificada e segura à parturiente, filhos e familiares. A assistência humanizada apoiou-se na oferta da dieta, na preparação de um ambiente acolhedor e tranquilo, nas orientações sobre os procedimentos a serem realizados e sobre o processo do trabalho de parto e no respeito às vontades em relação à adoção de posições e à escolha do acompanhante, o que conforta e favorece a autonomia da mulher.

Depreendeu-se que, para os profissionais, práticas como a venóclise, o enema, os toques vaginais excessivos, a tricotomia e a episiotomia devem ser evitadas durante a assistência ao parto. Por sua vez, foi notório o longo caminho que ainda deve ser percorrido para humanizar a assistência ao parto e nascimento, uma vez que práticas como a manobra de Kristeller, o uso de ocitocina e a amniotomia ainda são encontradas nos relatos como recursos para acelerar o nascimento e evitar o sofrimento fetal.

Colaborações

Melo LPT, Doudou HD e Rodrigues DP contribuíram com a concepção do projeto, coleta, organização, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final. Rodrigues ARM, Silveira MAM e Barbosa EMG contribuíram com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Souza TG, Gaiva MAM, Modes PSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):479-86.

2. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
4. Ricci SE. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
5. Monte ML, Gomes JS, Amorim LMA. Percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI. *Rev Interdisc.* 2011; 4(3):20-4.
6. Rocha FAA, Fontenele FMC, Carvalho IR, Rodrigues IDC, Sousa RA, Ferreira Júnior AR. Care during labor and birth: mothers' perception. *Rev Rene.* 2015; 16(6):782-9.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
8. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Using the Swiss ball in labor. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(5):656-62.
9. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: mean for the parturientes. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(1):34-40.
10. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Sys Rev [Internet].* 2013 [cited 2016 July 13]; (7):CD003766. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/t;jsessionid=E1D56A46DFDA9CF36BCDFB18DCDE2B00.f03t03>
11. Lothian JA. Healthy birth practice: avoid interventions unless they are medically necessary. *J Perinat Educ.* 2014; 23(4):198-206.
12. Capilé CS, Azevedo AL, Silva, AS. Bittencourt CSS, Azevedo PC. Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto. *Rev Baiana Enferm.* 2011; 25(2):155-60.
13. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arq Bras Psicol.* 2012; 64(1):139-55.
14. Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p.19-46.
15. Frello AT, Carraro TE, Barnardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. *Rev Baiana Enferm.* 2011; 25(2):173-84.
16. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labor. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2013 [cited 2016 July 13]; (2):CD003934. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub2/abstract>
17. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 42(1):19-28.
18. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kebber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico – puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):807-14.
19. Moura FMJSP, Carneiro AMM, Silva JC, Dantas LS, Moura LJSP, Castro AED. Percepção das puérperas sobre o parto normal em uma maternidade. *Rev Enferm UFPI.* 2012; 3(1):194-200.