

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

CAROLINA TOMEDI DE OLIVEIRA

**Conhecimento prévio das parturientes acerca do processo de
parturição humanizado segundo a revisão na literatura**

RIO DO SUL

2020

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

CAROLINA TOMEDI DE OLIVEIRA

**Conhecimento prévio das parturientes acerca do processo de
parturição humanizado segundo a revisão na literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Área de Ciências
Biológicas, Médica e da Saúde do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto
Vale do Itajaí, a ser apresentado a Banca
Examinadora.

Orientadora: Prof.^a M^a Thayse Rosa

RIO DO SUL

2020

CAROLINA TOMEDI DE OLIVEIRA

**Conhecimento prévio das parturientes acerca do processo de
parturição humanizado segundo a revisão na literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Área de Ciências
Biológicas, Médica e da Saúde do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto
Vale do Itajaí, a ser apresentado a Banca
Examinadora, formada por:

Orientadora: Prof^a Mestre Thayse Rosa

Banca examinadora:

Professor: Murilo Pedroso Alves

Professora: Josie Budag Matsuda

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por todas as oportunidades concedidas em minha vida, pela sabedoria e proteção Dele, a cada toque humano em meus pacientes Seu amor se faz presente, revigorando a alma e dando forças para sempre seguir em frente e ser uma pessoa e profissional melhor.

Agradeço imensamente ao meu marido Heber por tanta compreensão, apoio, suporte e incentivo na minha jornada. A ele pertence todo meu coração e gratidão eterna. Foram tantos momentos de luta e superação que sem ele tenho certeza que tudo seria mais difícil. Obrigada por tudo de coração, amor maior!

Meus pais, Marcos e Luciana, minha base, minha origem, que sempre fizeram de tudo para me direcionar para os caminhos do bem. A minha mãe, minha inspiração profissional. E a toda a minha família que esteve ao meu lado me apoiando sempre.

A instituição tenho enorme carinho por tantos anos ali conviver e sempre ter suporte de qualidade.

A minha coordenadora de curso, Professora Rosimeri, que sempre esteve ao lado de seus alunos, nos defendendo, nos ensinando, sendo professora e mãe de todos, a quem tenho enorme admiração.

A minha orientadora Thayse que em nenhum momento mediu esforços para estar presente e atuante em todos os processos desse trabalho, uma profissional extremamente competente e uma pessoa admirável, um verdadeiro exemplo. Me sinto privilegiada em construir essa etapa ao lado dela.

Me sinto grata e feliz com a profissão que escolhi, sei que nela irei me realizar e me desenvolver cada vez mais. Enfermagem é mais que amor, é ciência! É fascinante!

CONHECIMENTO PRÉVIO DAS PARTURIENTES ACERCA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO HUMANIZADO SEGUNDO A REVISÃO NA LITERATURA

RESUMO: Introdução/justificativa: Conhecer os direitos e o processo de parturição é muito importante para informação das diversas áreas que circulam a parturiente, como a família, marido e profissionais, que possam ter o entendimento de que o papel da parturiente não se restringe apenas a fazer força durante o trabalho de parto. O atendimento que as parturientes recebem dos profissionais faz parte de forma fundamental no atendimento humanizado, sendo esses profissionais que a acompanham em todo o processo de parturição que irão marcar as suas vidas e o atendimento humano com embasamento técnico e científico farão toda a diferença nessa experiência. O acompanhante, sendo o marido ou qualquer outro familiar também possuem papel importantíssimo no processo de parturição e eles também merecem atenção quanto as orientações, a parturiente muitas vezes não possui capacidade integra de raciocínio e absorção de todas as informações, tornando assim o acompanhante responsável em ajuda-la, essa pessoa quando mal esclarecida pode ser um empecilho mas por outro lado quando bem orientada pode se tornar ajuda fundamental, tendo em vista que os sentimentos da parturiente podem interferir diretamente no processo. **Objetivo:** a presente pesquisa circunda identificar através da revisão na literatura das bases de dados de 2015 a 2020 se o nível de conhecimento prévio da parturiente interfere no trabalho de parto. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, estudo do tipo bibliográfico com análise qualitativa. O desenho metodológico consiste em seis etapas, sendo elas: 1: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; 2: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5: interpretação dos resultados; 6: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento. **Resultados:** Esse trabalho encontrou nos estudos analisados que ainda é instituído nos modelos assistenciais, profissionais aderidos ao movimento tecnocrático, onde deixam de tratar a mulher como individuo protagonista, surgindo assim as violências obstétricas e desumanização. **Conclusão:** A importância do conhecimento adequado para uma mulher assegura ela de saberes e facilita seu processo de parturição, proporcionando maior autonomia e segurança.

Descritores: conhecimento; parto humanizado; pré-natal.

AUTOR: CAROLINA TOMEDI DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: Prof.^a Ms. Thayse Rosa.

PREVIOUS KNOWLEDGE OF THE WOMAN IN LABOR ABOUT THE PROCESS OF HUMANIZED PARTURITION ACCORDING TO THE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction/justification: To know the rights and the appropriate and humanized process of the process of parturition is very important for the information of the diverse areas that circulate the parturient, as the family, husband and professionals that can have the understanding that the role of the parturient is not restricted only to make force during the labor. The care that parturient receives from professionals is a fundamental part of the humanized care, and these professionals who accompany them through the entire process of parturition will mark their lives, and the humane care with technical and scientific basis will make all the difference in this experience. The companion, being the husband or any other family member also have a very important role in the process of parturition and they also deserve attention as to orientation, the parturient often by the moment of pain and anxiety that she is living does not have an integrated capacity of reasoning and absorption of all information, thus making the companion responsible in helping her, this person when poorly informed can be an obstacle but on the other hand when well guided can become a fundamental help, considering that the feelings of the parturient can interfere directly in the process. **Objective:** This research surrounds identifying through the literature review of the databases from 2015 to 2020 if the previous level of knowledge of the woman in labor interferes with labor. **Method:** It is an integrative literature review, a bibliographic type of study with qualitative analysis. The methodological design consists of six stages, which are: 1: identification of the theme and selection of the hypothesis or research question for the development of the integrative review; 2: establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies/sampling or search in literature; 3: definition of information to be extracted from the selected studies/categorization of studies; 4: evaluation of studies included in the integrative review; 5: interpretation of results; 6: presentation of the review/knowledge synthesis. **Results:** This work found in the resulting studies that is still instituted in the assistance models, professionals adhered to the technocratic movement, where they stop treating women as protagonist individuals, thus appearing as obstetric violence and dehumanization. **Conclusion:** The importance of adequate knowledge for a woman needs and facilitates her parturition process, providing greater autonomy and security.

Descriptors: Knowledge; humanized birth; prenatal.

AUTHOR: CAROLINA TOMEDI DE OLIVEIRA

ADVISOR: Prof.^a Ms. Thayse Rosa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de plano de parto, Minas Gerais, Brasil.	24
Figura 2: Modelo de plano de parto, Minas Gerais, Brasil.	25
Figura 3: 10 passos para um pré-natal de qualidade na atenção básica – Ministério da Saúde, 2012.	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização das ideias-chave.....	31
Quadro 2 - Total de publicações encontradas, excluídas e incluídas de acordo com as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde.....	33
Quadro 3 – Identificação dos estudos selecionados.	33

SIGLAS

ANA - Associação de Enfermeiras Americanas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BDENF - Banco de Dados em Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde

MEDLINE - Base de Dados Bibliográfico Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MNFAD - Métodos não farmacológicos no alívio da dor

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

SCIELO - Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TNICEO - Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS	14
2.1 HISTÓRICO	14
2.2 MODELOS ASSISTENCIAIS	15
2.3 A BUSCA PELA HUMANIZAÇÃO	16
2.4 TIPOS DE PARTO	20
2.5 PRÉ-NATAL	22
2.6 DIREITOS LEGAIS	23
2.7 TEORISTA	25
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
3.1 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA	28
3.1.1. PRIMEIRA ETAPA: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.....	28
3.1.2. SEGUNDA ETAPA: estabelecimento de critérios para inclusão exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura.....	29
3.1.3 TERCEIRA ETAPA: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos.....	30
3.1.4 QUARTA ETAPA: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	31
3.1.5 QUINTA ETAPA: interpretação dos resultados.....	31
3.1.6 SEXTA ETAPA: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.....	32
3.2 CUIDADOS ÉTICOS	32
4 RESULTADOS	33
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	35
5.1 CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE O TRABALHO DE PARTO	36
5.2 A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO PRÉVIO.....	43
5.3 PAPEL DO PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	46
5.4 PUBLICAÇÃO EM REVISTA	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - Classificação dos artigos indexados (BVS) que atenderam aos critérios de inclusão.....	58
APÊNDICE B - Estudo aceito para publicação na Revista de Divulgação Científica Caminhos edição ano 11 de 2020, da UNIDAVI, por meio do dossiê com temática especial da área da saúde.....	74

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se propôs reconhecer as informações que as parturientes recebem a respeito do trabalho de parto, como são as orientações adequadas para informa-las, analisar seus direitos e conhecer suas expectativas, bem como as condutas dos profissionais de enfermagem na assistência e a humanização no atendimento às gestantes que estão diretamente interligados no processo de pré-natal e intraparto, sendo um fator determinante para desfechos maternos e neonatais satisfatórios. Essa é uma pesquisa destinada à profissionais e estudantes da área da saúde, gestantes, acompanhantes e público em geral.

Entende-se que as parturientes têm muita insegurança ao processo de parturição pelo fato de serem pouco orientadas no pré-natal pela equipe que a acompanhou, por terem uma rede de atendimento ineficaz quanto a humanização, onde as escolhas e os sentimentos das mulheres grávidas não são colocados como parte importante do processo, assim essas mulheres ao buscarem apoio no meio social em que vivem acabam tendo contato com experiências de outras mulheres que a deixam amedrontadas. E é com medo, insegurança e falta de informação que essas mulheres chegam às unidades de atendimento obstétrico e muitas vezes são mal compreendidas pelos profissionais, os quais estão trabalhando de modo automático e para eles cada paciente é apenas mais uma, deixando de levar em consideração os sentimentos da parturiente que está vivendo um momento único em sua vida, sentimentos esses ligados ao nível de informação que elas têm. Se ao longo da gestação elas não foram bem orientadas, cabe ao profissional do centro obstétrico investir alguns minutos em um diálogo esclarecedor com essa paciente, tornando assim o processo mais fácil e humanizado. As parturientes não possuem voz e opção de escolha durante o processo de parturição em atendimentos públicos, uma boa orientação e conhecimento dos seus direitos é o mínimo que elas merecem receber.

Conhecer os direitos e o processo de parturição é muito importante para informação das diversas áreas que circulam a parturiente, como a família, marido e profissionais, que possam ter o entendimento de que o papel da parturiente não se restringe apenas a fazer força durante o trabalho de parto. O atendimento que as parturientes recebem dos profissionais faz parte de forma fundamental no atendimento humanizado, sendo esses profissionais que a acompanham em todo o processo de parturição que irão marcar as suas vidas e o atendimento humano com embasamento técnico e científico farão toda a diferença nessa experiência. O acompanhante, sendo o marido ou qualquer outro familiar também possuem papel importantíssimo no processo de parturição e eles também merecem atenção quanto as orientações, a parturiente muitas vezes pelo momento de dor e ansiedade que está vivendo não possui uma capacidade integra de

raciocínio e absorção de todas as informações, tornando assim o acompanhante responsável em ajuda-la, essa pessoa quando mal esclarecida pode ser um empecilho, mas por outro lado quando bem orientada pode se tornar ajuda fundamental, tendo em vista que os sentimentos da parturiente podem interferir diretamente no processo.

Este trabalho trouxe como problema de pesquisa a seguinte indagação: Qual a importância do conhecimento prévio das parturientes frente às tomadas de decisões no processo de parir?

No contexto dessa descrição, o objetivo geral deste trabalho é identificar nas bases de dados de 2015 a 2020 se o nível de conhecimento prévio da parturiente interfere no trabalho de parto.

2 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS

2.1 HISTÓRICO

O parto é uma experiência importante para a mulher, por seu potencial transformador. Este momento é um marco entre o bebê na barriga e o bebê nos braços na mãe. Quando vivenciado plenamente, o parto, se torna como marco entre ser filha e tornar-se mãe. O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou a ser uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015).

Nos últimos anos, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada à mulher foi se tornando cada vez mais restrita. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto (SANTOS, 2019).

As parteiras além da atenção ao parto, na maioria das vezes cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade, assim como dos cuidados com o recém-nascido (PALHARINI e FIGUEIROA, 2018).

A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto. A mudança de

concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis. No início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento do cirurgião na assistência ao parto e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição. Juntamente com a cesariana, surge a medicalização do parto como o uso da anestesia. Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde. A partir da década passada o Brasil passou a distribuir um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, sendo os Centros de Parto Normal (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015).

A parturição, antes uma experiência vivida por mulheres entre mulheres, migrou para o ambiente hospitalar na tentativa de assegurar parto e nascimento saudáveis, o que implicou mudanças e redefinição de papéis, inclusive da gestante e sua família. Essa nova perspectiva não correspondeu às demandas das mulheres no processo de parturição, e a morbimortalidade materna e neonatal ainda mantém taxas elevadas tendo como contrapartida um número expressivo de mortes maternas e neonatais sendo evitáveis por ações de atenção ao pré-natal, ao parto e/ou ao nascimento. Não há tantas barreiras entre os diferentes modelos e muitos profissionais de saúde transitam de um lado para outro entre elas. Alguns tecnocráticos estão incorporando elementos do humanismo e começando a incorporar elementos holísticos por meio da prática. Um importante elemento organizador e estruturante para efetivar a mudança de modelo obstétrico e neonatal refere-se ao reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis, e a decisão política de enfrentá-la nas instituições (BRASIL, 2014).

2.2 MODELOS ASSISTENCIAIS

Os modelos assistenciais são classificados em modelo Tecnomédico ou Biomédico: separação corpo-mente, corpo como máquina, paciente como objeto, um sistema dirigido pelo lucro e intolerância a outras modalidades. Modelo Humanista: conexão corpo-mente, corpo como organismo, paciente como sujeito relacional, conexão e carinho entre médico e paciente, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente, ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo. Modelo Holístico: corpo-mente e espírito, corpo

é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia, cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo, ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo, focalização, a longo prazo, na criação, manutenção da saúde e do bem-estar (BRASIL, 2014).

Quando se adotam novas técnicas e instrumentos na medicina, isso transforma tanto o saber médico, como também a forma de pensar das pessoas acerca da saúde, da doença e da atenção médica. Nesta perspectiva, a vida humana vai se encaixando de acordo com o desenvolvimento científico tecnológico. O impacto da tecnologia na vida humana não seria somente algo que transforma a realidade física, mas também aquilo que transforma e constrói a realidade social. Sendo urgente pensar e propor caminhos para a problemática que a tecnologia traz para o mundo contemporâneo. Os autores ainda ressaltam a importância de reconhecer as consequências do desenvolvimento tecnológico, pois o problema não estaria na tecnologia em si, mas sim no fracasso humano, que não encontrou meios para ter um controle sobre essa tecnologia. Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos são vistos como metas a serem idealizadas dentro de uma estrutura econômica, política e social. Com o surgimento da medicina moderna, os valores-chaves da sociedade tecnocrática precisam ser reforçados, bem como o desenvolvimento da técnica e da tecnologia, os saberes das parteiras e das mulheres, que foram sendo gradativamente destruídos, por não carregarem a chancela da ciência. A cesariana seria a forma mais evidente de ilustrar que a mulher é submetida a uma cirurgia onde ela perde toda a autonomia enquanto sujeito, esse processo é fruto de uma sociedade tecnocrática. (SILVA e TORTATO, 2018).

O parto por cesárea sendo considerado o parto tecnológico na sociedade moderna ocidental, possui uma impressão de segurança em relação ao parto normal, transformando o instinto natural da mulher em sofrimento desnecessário palpável pela tecnologia. Assim, “no século XX dissemina o uso da anestesia para entorpecer a dor de parto e, também, efetivar as cesáreas” (RIBEIRO, 2017).

2.3 A BUSCA PELA HUMANIZAÇÃO

A partir do ano de 2000 foi introduzida pelo Ministério da Saúde (MS), na política pública federal, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria/GM n 569, de 1/6/2000. Tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e

puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. A fim de realizar mudanças no sistema atual de atenção ao parto. Fundamenta a humanização como condição fundamental de acompanhamento adequado ao parto e puerpério. As unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e para isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais e da instituição a fim de oferecer um ambiente acolhedor com rotinas instituídas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Assim também evitando praticas intervencionistas desnecessárias que com frequência acarretam maiores riscos à mãe e ao bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Porém para que a humanização na atenção a nascimentos e partos se torne uma realidade cotidiana nos centros de serviços, ainda existem inúmeros e importantes desafios para a gestão do sistema. Um dos principais problemas é o preparo de profissionais dentro do modelo intervencionista. Por outro lado, o modelo assistencial do parto e puerperal, antes somente biomédico e intervencionista, nos dias atuais vem ganhando espaço aos poucos para uma assistência holística que valoriza o autocuidado, que é barato e humanizado. Os autores ainda indicam a necessidade de ampliação da disponibilidade de terapias integrativas complementares no âmbito intra-hospitalar, facilitando o acesso das parturientes a esses e outros recursos que promovam a experiência do parto como um ato mais fisiológico, humanizado e não puramente tecnicista (PEREIRA et al, 2018).

A falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, no momento de maior probabilidade de intercorrências obstétricas, é fator importante na determinação dos resultados maternos e perinatais. Até algum tempo atrás era comum que o serviço ambulatorial de pré-natal orientasse a gestante, em sua fase final de gestação, a procurar um hospital no momento do parto deixando sob sua responsabilidade conseguir vaga para internação. Nesse panorama da situação obstétrica, a crença de que existe uma desumanização em um momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a serem enfrentadas (PEREIRA et al, 2018, p.3521).

Segundo estudo realizado em um hospital público a fim de conhecer a percepção de puérperas acerca da atenção recebida durante a internação, as autoras DODOU, RODRIGUES e ORIÁ (2017) ressaltam que a satisfação das mulheres está associada principalmente a conseguir vaga para internação, a ser atendida sem demora, a receber um acolhimento de qualidade pelos profissionais e à rapidez do nascimento do bebê. A gestante vive uma insegurança pela possibilidade de falta de vagas na rede pública, que é somada à incerteza em relação à qualidade do atendimento.

Isso se deve à circulação de notícias acerca das experiências de outras gestantes entre a população ou devido a experiências anteriores da própria mulher, que, quando negativas, fazem com que essas fiquem receosas diante do que vão vivenciar ou de alguns hospitais, tendendo a evitá-los se dispuserem de meios para tanto. Quando positivas, proporcionam sentimentos de segurança e confiança, provocando todo um movimento de busca por alguma garantia de vaga naquele determinado local. A mulher deve então ser acolhida pelos profissionais não só durante o acesso e a admissão à maternidade, mas sim em toda assistência que recebe no decorrer da internação. Para a promoção de uma assistência humanizada é necessário que a equipe de saúde saiba ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando assim sua história de vida, e os aspectos sociais, psicológicos e emocionais envolvidos, que podem influenciar de modo significativo a sua vivência no parto normal (DODOU, RODRIGUES e ORIÁ, 2017, p225).

O termo humanização também está sujeito a múltiplos significados, sendo utilizado já há muitas décadas por profissionais na obstetrícia tecnocrática brasileira, para os quais humanizar o parto incluía medicalização e o uso de fórceps. Estas medidas seriam humanizadoras por serem percebidas como diminuidoras do sofrimento da parturiente, se contrapondo ao modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, que descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino e pena pelo pecado original. Há mulheres que defendem a cesárea e que enfatizam o desenvolvimento técnico como ponto positivo e determinante. Assim, sentem-se seguras em passar pelo procedimento, vendo uma série de vantagens deste sobre o parto normal, tais como evitar as dores do parto e a possibilidade de previsibilidade do evento. Trazendo a visão de que o que era ruim há 40 anos atrás, como alto índice de contaminações e mortalidade pela cesárea, sendo que hoje os médicos cesaristas tornam-se cada vez mais especialistas realizando o procedimento com maestria (MENDONÇA, 2015).

Na configuração temporal e geográfica do problema, a OMS (2018) ressalta que o índice de partos por cesárea era de 6%, em 1980, triplicando para 18,6% em 2016, que é referenciado como ano base para a análise mais recente das estatísticas internacionais sobre o tema. Na Europa, o índice elevou-se de 15% há 20 anos para 25%, ou seja, um quarto de todas as crianças nascidas vivas. Nos Estados Unidos atualmente cerca de 33% dos partos recorrem ao uso de cirurgias. Trata-se assim de uma medida de exceção que, infelizmente, agora está assumindo a indicação de uma regra geral. (BATISTA FILHO e RISSIN, 2018).

A prevalência da cesariana no Brasil é próxima de 90%. Nenhum desses países possui uma prevalência de cesarianas tão alta quanto a do setor privado de saúde no Brasil. Sendo que, não há razões clínicas que justifiquem uma prevalência de 90% de cesarianas (TORRES, 2014).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de

cesárea seja de 10% a 15%. Em 2016, o Sistema Único de Saúde – SUS, realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS (2018), o País detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%. Desde que a parturiente tenha um bom prognóstico a primeira recomendação é o parto normal, quando esse não for possível de realizar por motivo de alguma complicação tanto para a mãe e para o recém-nascido a via recomendada será a cesárea. E por fim “todos nós temos de atender a expectativa das parturientes; afinal são elas as protagonistas” (FEBRASGO, 2018).

A OMS emitiu em 2018 a versão mais atualizada com as novas 56 recomendações para estabelecer padrões assistenciais para mulheres em boas condições gestacionais, no processo de parturição e visando a redução de intervenções médicas desnecessárias, sendo o seguinte:

As consultas técnicas da OMS levaram a 56 recomendações sobre cuidados intraparto: 26 destes são recomendações recém-desenvolvidas e 30 são recomendações integradas a partir de Diretrizes da OMS. Essas recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de atendimento intraparto ao qual são relevantes, a saber, cuidados durante o trabalho parto, cuidados durante a primeira etapa do trabalho de parto, cuidados durante o segundo estágio do trabalho de parto, os cuidados durante a terceira etapa do trabalho de parto, atendimento imediato ao recém-nascido, e atendimento imediato à mulher após o nascimento (OMS, 2018, p2).

A FEBRASGO traz como destaque algumas das 56 recomendações da OMS, sendo elas:

Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto; cuidados de maternidade respeitosos - que se refere aos organizados e fornecidos a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade; técnicas manuais, como massagem ou aplicação de bolsas de calor, são recomendadas às grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo de suas preferências (FEBRASGO, 2018).

Em todo o mundo, cerca de 140 milhões de nascimentos ocorrem todos os anos. A maioria ocorre sem complicações para as mulheres e seus bebês. No entanto, ao longo dos últimos 20 anos, os profissionais aumentaram o uso de intervenções que antes eram usadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações, como a infusão de ocitocina para acelerar o parto normal ou a realização de cesarianas. “O parto é um processo fisiológico normal que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e dos bebês. No entanto, mulheres grávidas saudáveis sofrem com intervenções clínicas durante o parto e nascimento ” (COFEN, 2018).

O desejo da mulher por uma cesariana é sustentado pelo medo e pela desinformação. Muitas vezes, a gestante receia as consequências do parto vaginal por considerá-lo uma experiência arriscada. A mulher tem a ideia paradoxal de que o ato cirúrgico é um modo para evitar a dor. Além da desinformação, as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e as violências obstétricas transformam o que seria um acontecimento normal em um procedimento desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos, o que contribui para a aceitação e solicitação da cesariana (NASCIMENTO et al, 2015).

A escolha do tipo de parto é um dilema no final da gestação pois não é ofertado essa decisão para todas as mulheres. Tendo em vista que nas instituições privadas a opção está entre o parto cesárea e o parto vaginal. Mas o dilema está justamente naquelas mulheres em que não podem escolher (VENDRÚSCULO e KRUEL, 2015).

2.4 TIPOS DE PARTO

As opções estão entre o parto normal e a cesárea, tendo variações de parto normal. É direito da gestante escolher o seu tipo de parto e ter apoio adequado para analisar os riscos e benefícios de cada um. É obrigação ética e legal dos profissionais de saúde dar à mulher a oportunidade de participar como protagonista nas tomadas de decisões, oferecendo informações claras e completas desde o pré-natal a respeito do cuidado, dos tratamentos e das alternativas (NASCIMENTO et al, 2015).

Apesar disso, essas tomadas de decisões ainda estão aquém do ideal, uma vez que há um questionamento crescente entre os profissionais obstetras, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e entre as próprias mulheres a deixar as posições horizontais tradicionais e adotar posições verticais, seja ajoelhada, sentada, em pé ou acorçada. Sabendo que as posições verticais são mais favoráveis para aceleração do trabalho de parto e mais fisiológicas para parir. A mulher deve ter liberdade de escolha para determinar o sucesso do seu parto e a qualidade da experiência, tanto para ela, quanto para o bebê (BRASIL et al, 2018).

Além dos partos hospitalares, sendo eles mais comumente o parto normal e a cesárea, existe a opção de parto domiciliar que é uma alternativa para muitas mulheres que não possuam algum fator de risco que as levariam à necessidade de buscar o ambiente hospitalar. Pode-se usar como exemplo a Holanda, onde o parto domiciliar faz parte do sistema nacional de assistência à saúde, e 30% destes, ocorrem no domicílio, geralmente com o auxílio de uma parteira profissional (BRASIL, 2014).

O parto normal precisa ser desempenhado sem a interferência de intercorrências ou procedimentos desnecessários ao longo do trabalho de parto propriamente dito, bem como no parto e pós-parto, assegurando a prestação de atenção frequente para garantia dos direitos, tanto da parturiente, quanto do recém-nascido, visando o bem-estar de ambos os envolvidos. O uso do fórceps obstétrico é realizado buscando encurtar o segundo estágio do trabalho de parto, quando ocorrem indicações. Foi produzido com o propósito de realizar partos vaginais em mulheres com fetos mortos ou sem chances de vida. As ações que podem ser exercidas pelo fórceps para finalizar o parto compreendem prensão, rotação e tração. Geralmente usado em casos de patologias maternas, sofrimento fetal e emergências (BRASIL et al, 2018).

Quando a mulher permanece em posições verticalizadas e se movimenta durante o trabalho de parto, há benefícios físicos e psicológicos: aumenta o senso de controle pela mulher e as contrações são mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina. Quando se oferecem diferentes possibilidades de posição de parto para as parturientes, elas sentem-se fortalecidas em sua autonomia (NIY et al, 2019).

O parto de cócoras foi introduzido na cultura ocidental após a observação do processo de parturição de origem indígena, uma vez que as índias tinham seus filhos de cócoras sendo ajudadas pela ação da gravidade. Nesta forma de parto nem sempre é utilizado a episiotomia, pois acontece um favorecimento da musculatura vaginal. É a posição mais fisiológica favorecendo a liberdade para movimentação da pelve, melhor angulação para descida do feto e não comprime os grandes vasos abdominais, além de exercer pressão máxima abdominal, reduz trabalho muscular, relaxa o períneo e otimiza a oxigenação fetal (BRASIL et al, 2018).

A utilização da água durante o trabalho de parto e o parto é uma prática já muito antiga, registrada o seu emprego em muitas civilizações. A documentação do primeiro parto na água tem registro em 1803, na França, porém essa modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando uma banheira foi introduzida em uma maternidade. Alguns dos benefícios do parto na água são o aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento, maior mobilidade da mulher, diminuição da percepção dolorosa, contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical, redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de parto, da realização de cesariana, traumas perineais e de experiências traumáticas de parto (SCHEIDT e BRUGGEMANN, 2016).

Outra forma de parto vaginal é o Parto Leboyer ou parto sem violência onde reproduz o ambiente intrauterino, fazendo da sala de parto um ambiente na penumbra, em silêncio, com música suave e após o nascimento contato pele a pele, onde o recém-nascido é colocado em

contato corporal com a sua mãe, afim de proporcionar aumento do vínculo afetivo entre ambos (BRASIL et al, 2018).

O atual modelo tecnocrático de atenção obstétrica e neonatal visa o processo do parto e do nascimento frequentemente como um processo patológico. E vem de encontro também com o modelo social que passa a encarar a saúde não apenas como um problema e sim como a solução. Essa concepção orienta para a atenção integral à pessoa e, não apenas à doença. Tornando o nascimento um evento biopsicossocial e nesse sentido, um evento não só biológico, mas também anatômico, psicológico e bioquímico, estando integrado a componentes mentais e espirituais, ou seja, por natureza feminina, intuitiva, sexual e espiritual. Como evento social, o nascimento está ligado à visão da reprodução, da posição da mulher, das relações familiares e da socialização. “Nesse contexto, crenças religiosas exercem fundamental influência no modo como as pessoas veem esse processo”. O modelo social vem buscando o seu controle para um uso adequado das diversas tecnologias utilizadas no processo de parturição (BRASIL, 2014).

2.5 PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal compõe uma assistência às gestantes a fim de garantir melhores desfechos maternos e neonatais, dar assistência à evolução da gravidez, diagnosticar, tratar comorbidades e oportunidade de participar de ações de educação em saúde. Em 2015, cerca de 303.000 mulheres morreram de causas relacionadas à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nasceram mortos. Apesar desde indicadores, nas últimas duas décadas, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade durante a gravidez e o parto preveniu muitas destas mortes e doenças, bem como melhorou a experiência da gravidez. Ainda assim no mundo apenas 64% das mulheres recebem cuidados pré-natais quatro ou mais vezes ao longo da gravidez. A humanização do cuidado pré-natal é prejudicada quando o processo de trabalho é focado na produtividade e em protocolos assistenciais, com consultas rápidas e superficiais, que valorizam mais as aferições e medidas do que o compartilhamento de conhecimentos e experiências. Nesse sentido a postura do profissional pode mudar este cenário, facilitando o acolhimento e potencializando as relações interpessoais entre os profissionais e a gestante (GONÇALVES et al, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4 mês de gestação, que no primeiro trimestre seja realizado no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal, no segundo trimestre 2 consultas e no terceiro trimestre pelo menos

3 consultas. O início precoce do acompanhamento pré-natal viabiliza o diagnóstico e tratamento de diversas patologias que podem interferir gravemente na saúde materna e fetal, além de estimar a idade gestacional com mais fidedignidade, o que propicia melhor monitoramento do crescimento e maturidade fetal (BRASIL, 2000).

2.6 DIREITOS LEGAIS

A Lei nº. 11.108 de 7 de abril de 2005, passou a vigorar o direito da parturiente a um acompanhante escolhido por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS. Em janeiro de 2018 o governo de Santa Catarina sancionou a lei 17.097 contra a violência obstétrica a fim de evitar diversos tipos de violência que as gestantes e parturientes passam com o objetivo de conscientizá-las para que conheçam seus direitos, obrigando hospitais, unidades de saúde e demais locais de atendimentos às gestantes a implementar medidas de informação com exposição de cartazes sobre o tema (BRASIL et al, 2018).

É direito das usuárias dos serviços de saúde receberem informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências, duração prevista do tratamento proposto, a necessidade ou não de anestesia e o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis, duração esperada do procedimento, exames e condutas, a finalidade dos materiais coletados para exame, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços e o que mais se julgar necessário (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde em parceria com a FEBRASGO e a OMS, têm recomendado o abandono do uso de rotina de muitos procedimentos, tais como: a realização de procedimentos como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos púbicos, imobilização das mulheres no leito, colocação de soro com ou sem ocitocina, aceleração do parto com ocitocina sem indicações clínicas, episiotomia que reconhecidamente, deve ser um procedimento a ser prevenido, a ginástica vaginal, evitar de mandar a mulher “fazer força” e a manobra de Kristeller (BRASIL, 2001).

Em fevereiro de 2012, o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade publicou um modelo de Plano de Parto e Nascimento. O Plano do Parto e Nascimento influencia

positivamente o trabalho de parto e sua finalização, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento (CORTÉS et al, 2015).

Figura 1: Modelo de plano de parto, Minas Gerais, Brasil.

Nome da Gestante:

Nome do Bebê:

Nome do Acompanhante:

Serviço de Referência para o parto:

Anote aqui seus desejos e expectativas em relação à vivência do parto

Assinatura da gestante

Informações importantes

Já organizou o que você deve levar para a maternidade?

() Roupas para você e para o bebê;

() Chinelo para o banho;

() Material de higiene íntima (sabonete, absorvente pós-parto, etc.)

() Exames, Ultrassons e cartão de pré-natal;

() Documentos pessoais com foto (seu e do acompanhante)

Outros: _____

Parabéns pela gravidez!

O momento do nascimento se aproxima .

É importante se preparar e se informar sobre suas fases, os recursos de alívio da dor e os procedimentos que devem ou não ser realizados para ajudar você e seu bebê.

Lembre-se que, na maioria dos casos, o parto normal é a via de nascimento mais segura. A cesariana deve ser realizada com indicação médica por ser uma cirurgia de grande porte e apresentar riscos .

Para atendermos suas necessidades no parto é importante que você anote aqui os seus desejos e expectativas.

Comissão organizadora:
Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica CEO
UFU
Secretaria Municipal de Saúde – Área técnica de Saúde da Mulher, da Criança e Atenção Básica
Departamento Materno Infantil HCUFU
Departamento Ginecologia e Obstetria HMMDOLC

Referências:
BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida, 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. Assistência ao Parto e Nascimento Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.

Ilustrações: Natan Ruiz

HOSPITAL e MATERNIDADE MUNICIPAL de UBERLÂNDIA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

UFU

Meu plano de Parto

UFU

Me Mãe

MUNICÍPIO de UBERLÂNDIA

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2017.

Figura 2: Modelo de plano de parto, Minas Gerais, Brasil.

01 Desejo conhecer a maternidade
 Sim Não
 Visita agendada para: ___/___/___

02 Desejo que me acompanhe durante a internação na maternidade:
 Marido/ parceiro/ pai do bebê;
 Mãe;
 Filha(o) maior de 18 anos;
 Amigo(a);
 Outro familiar;
 Nenhum.

03 Terei uma doula me acompanhando (Lei Municipal 12.314 de 2015)
 Sim Não

04 Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.
 Sim Não

05 Desejo que meu parto seja fotografado.
 Sim Não

06 Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale um ou mais itens):
 Massagens (podem ser realizadas pelo acompanhante ou pela doula);
 Orientações sobre técnicas de respiração;
 Movimentar e/ou andar caso eu queira;
 Exercícios de relaxamento com bola do nascimento;
 Banho de chuveiro;
 Análgesia medicamentosa por anestesia, quando disponível;
 Outros: _____

07 No trabalho de parto é recomendado que a mulher movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante o meu trabalho de parto.
 Sim Não

08 Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como (assinale um ou mais itens):
 Água Sucos de frutas Chás
 Gelatina Outros: _____

09 Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):
 Um ambiente com pouca luminosidade;
 Ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido);
 Pouco barulho e conversas;
 Privacidade.

10 Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina ou cesárea).
 Sim Não

11 A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):
 Sentada/ Cócoras (banqueta);
 Semi-sentada com cabeceira elevada;
 De quatro apoios (Gaskin);
 Outras: _____

12 Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que comuniquem a mim e ao meu acompanhante.
 Sim Não

13 Desejo que, na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia.
 Sim Não

14 Caso seja necessária a cesárea desejo a presença do meu acompanhante, conforme Lei 11.108/2005.
 Sim Não

As atuais diretrizes do Ministério da Saúde contra indicam a manobra de Kristeller (profissional empurrar com a mão/braço a barriga da mulher na hora do nascimento).
 A antissepsia (Impeza) da região genital com "povidine" também é desaconselhada e pode ser prejudicial para a saúde do bebê.

15 Assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):*
 Pegar meu bebê no colo imediatamente;
 Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal;
 Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;
 Ter pelo menos 1 hora contínua com meu bebê no colo, se estiver tudo bem.
 *Se houver necessidade, ele será assistido pela equipe.

16 Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno:
 Pelo profissional;
 Por mim mesma;
 Pelo marido/ parceiro/pai do bebê/accompanhante.

17 Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.
 Sim Não

18 Desejo, se possível, a inserção do DIU de cobre ou Implanon (conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção.
 Sim Não

IMPORTANTE SABER
 Para a maioria das mulheres, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 cm para a saída do bebê. Mas existem algumas situações especiais em que pode ser necessária a intervenção medicamentosa para ajudar na indução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos via vaginal, soro com ocitocina ou inserção de sonda. Nesses casos, a equipe deve conversar com você para te explicar a real necessidade de algum desses procedimentos.

Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie. O curativo do coto umbilical é feito somente com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho, acompanhada pela equipe e alimentar-se logo após o parto normal.
 Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e apoiam a amamentação.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2017.

2.7 TEORISTA

O uso de teorias na Enfermagem reflete um movimento de autonomia da profissão e da delimitação de suas ações, que não precise depender de outras ciências e desenvolver um corpo de conhecimento próprio. A formalização de conceitos e teorias é um instrumento adequado para direcionar a enfermagem na busca de seus limites de atuação em relação a outros profissionais. As teorias também são fundamentais à compreensão da Enfermagem como teoria e prática, entendida como ação aprofundada pela reflexão, carregada de sentido, projetada, consciente e transformadora da natureza, do homem e da sociedade (ALMEIDA, LOPES e DAMASCENO, 2005).

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1º de setembro de 1909 na Pensilvânia, Estados Unidos. Na sua infância, presenciou a epidemia de gripe ocorrida em 1918, fato que influenciou em sua compreensão sobre o impacto da enfermidade e da morte para as famílias. Sua carreira na enfermagem teve início em 1931, graduou-se em Psicologia Interpessoal, em 1943.

Começou a dedicar sua vida a entender e a desenvolver a teoria interpessoal com a finalidade de aplicá-la à prática de enfermagem. Entre os anos de 1943 e 1945 compôs o grupo de enfermeiras do Exército dos Estados Unidos, trabalhando a maior parte desse tempo na Escola Militar de Neuropsiquiatria da Inglaterra, onde teve a oportunidade de conhecer os psiquiatras mais importantes do mundo. Obteve títulos de Mestre e Doutora, foi instrutora e diretora do programa avançado de enfermagem psiquiátrica de 1947 a 1953, período em que formulou sua teoria. No ano de 1948 concluiu o livro “Interpersonal Relations in Nursing” (ALMEIDA, LOPES e DAMASCENO, 2005).

Tornou obrigatório para as enfermeiras a entrevista com os pacientes, o registro das entrevistas realizadas e o estudo acerca dos padrões de interação. Com base nessas notas e na sua experiência pôde formular as definições de ansiedade, conflito e frustração presentes em sua teoria. Foi a única enfermeira a exercer os cargos de diretora executiva e presidenta da Associação de Enfermeiras Americanas (ANA) e trabalhou junto ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) por dois períodos. Faleceu em 17 de março de 1999, aos 89 anos. A partir do seu trabalho, o processo interpessoal passou a fazer parte de forma consciente e efetiva do ensino e da prática da enfermagem. Por isso, considera-se que a vida e o trabalho de Peplau produziram as maiores mudanças na prática de enfermagem depois de Florence Nightingale, tornando-a digna de várias honrarias ao longo de sua vida (ALMEIDA, LOPES e DAMASCENO, 2005).

Ainda ALMEIDA, LOPES e DAMASCENO (2005) norteiam a teoria de Peplau a qual traz em sua teoria a noção de "crescimento pessoal" que é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora usou o termo "enfermagem psicodinâmica" para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e paciente. Em seu entendimento, a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente. As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se em dois pressupostos fundamentais, sendo que a postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente e o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais cotidianas. Peplau evidencia que reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas mudanças. Também aponta que um dos papéis que a enfermeira pode desenvolver é o de fazer com que os cuidados de saúde possam ser conduzidos do hospital para a comunidade. Nos anos 40 surgiu

uma visão holística do paciente e a uma atuação da enfermagem voltada para atendê-lo em suas necessidades e foi nesse momento que a ênfase no processo interpessoal como base para a intervenção de enfermagem emergiu sendo o contexto que Hildegard Peplau desenvolveu sua teoria. A qual Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. O paciente poderá responder de três formas: desenvolvendo ações de caráter participativo e interdependente com a enfermeira; isolando-se e assumindo uma atitude de independência em relação à enfermeira ou adotando uma postura de desamparo e dependência em relação a essa profissional.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O caminho metodológico proposto para o presente estudo foi uma pesquisa integrativa. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, estudo do tipo bibliográfico com análise qualitativa. A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, incluindo a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática em Enfermagem de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, conforme Minayo, que propõe a análise categorial, na qual o texto é desmembrado em unidades e em categorias segundo reagrupamentos temáticos. A organização de categorias por palavras-chave deu-se pelo uso de cores. Para Minayo (1994) a pesquisa é um labor artesanal, criativo, que se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundamentada em conceitos, proposições, métodos e técnicas. Assim denomina-se ciclo da pesquisa, um processo de trabalho que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto capaz de dar origem a novas interrogações. Além disso, Minayo propõe o tratamento do material recolhido, subdividindo-o em: a) ordenação: nesse momento é feito um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho; b) classificação: essa é a fase que através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos se estabelecem interrogações para identificação do que surge de relevante, sendo com base no que é relevante nos textos, elabora-se categorias específicas; c) análise propriamente dita / final: aqui procura-se estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. O tratamento do material

conduz a teorização dos dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e que a investigação aponta como contribuição.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) destacam que na área de enfermagem, especificamente, a revisão integrativa tem o potencial de construir um conhecimento próprio, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas:

1. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa;
2. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
3. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
4. Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
5. Quinta etapa: interpretação dos resultados;
6. Sexta etapa: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

3.1 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

3.1.1. PRIMEIRA ETAPA: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

O tema da pesquisa refere-se a aspectos gerais sobre um determinado assunto a ser estudado. Deve ser um assunto de interesse do autor onde o mesmo possui afinidade com o tema onde irá investir tempo e conhecimento. Fazendo-se importante para a construção das demais etapas da pesquisa (PRAÇA, 2015).

Inicialmente a identificação do problema e a formulação de uma suposição ou questão de pesquisa que apresenta certa importância para a saúde e à enfermagem vai dar início a elaboração do processo de revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O sucesso da pesquisa está diretamente relacionado com a formulação do problema, “pois através dele que serão estabelecidos os métodos e técnicas mais adequados para solucionar ou esclarecer o problema” (PRAÇA, 2015).

Neste caso, para realização desta pesquisa temos a seguinte pergunta norteadora: “Qual a importância do conhecimento prévio das parturientes frente às tomadas decisões no processo de parir? ”.

3.1.2. SEGUNDA ETAPA: estabelecimento de critérios para inclusão exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura

Após definir a escolha do tema e a elaboração da questão norteadora, inicia-se a busca de dados para apontar os estudos que serão inseridos na revisão. A internet é um instrumento importante para realização desta busca, uma vez que disponibiliza o acesso eletrônico às bases de dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para isso, é necessário delinear os critérios de seleção, a escolha dos inclusores e excludores. Os procedimentos de inclusão e exclusão das publicações devem ser conduzidos de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra, é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste sentido, para desenvolver estas etapas da pesquisa foram delineados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

3.1.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estudos que abordaram a temática e responderam à pergunta de pesquisa;
- Artigos científicos disponíveis na íntegra;
- Artigos publicados em língua vernácula no período de 2015 a 2020.

3.1.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Revisões bibliográficas;
- Cartas;
- Resenhas;
- Editoriais;
- Publicações de livros;
- Capítulos de livros;
- Documentos governamentais;
- Boletins informativos;
- Estudos não disponibilizados online;
- Estudos duplicados;
- Estudos que não são relacionados com a temática, sendo fora de contexto;

- Publicações fora do recorte temporal.

Posteriormente os descritores foram combinados na base de dados e os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados, para isso foi realizado a leitura de todos os títulos seguidos dos resumos de todos os artigos que se enquadraram na janela temporal, onde 10 artigos compuseram a amostra final. Esse passo a passo será melhor descrito no capítulo dos resultados.

3.1.3 TERCEIRA ETAPA: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos

Para extrair os dados selecionados, é essencial utilizar um instrumento previamente elaborado, capaz de garantir que a totalidade dos dados necessários seja extraída, assim como, possibilite a redução do risco de erros de transição, a checagem das informações e sirva como registro (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), o revisor tem como objetivo nesta etapa, preparar e resumir as informações de maneira sucinta, determinando o banco de dados de simples acesso e manejo. As informações geralmente devem envolver a amostra e as principais conclusões de cada estudo.

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (MINAYO, 1994).

A coleta de dados ocorreu de 31 de agosto a 17 de outubro de 2020. Para a pesquisa dos artigos foi utilizado base de dados como, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na qual estão disponibilizadas as revistas eletrônicas: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográfico Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online (Scielo). Utilizando os seguintes descritores: “conhecimento” AND “parto humanizado” AND “pré-natal”.

Para isso, uma planilha foi elaborada para a coleta de dados, esta pode ser visualizada no apêndice A. As informações extraídas dos estudos selecionados foram apresentadas utilizando categorização por temas. Para uma melhor visualização associamos três cores distintas a essas ideias-chaves. Conforme podemos observar no Quadro, a seguir:

Quadro 1 - Categorização das ideias-chave.

COR	IDEIA CHAVE
OURO	Conhecimento da gestante sobre o trabalho de parto
VERDE	Papel do profissional na assistência ao parto
AZUL	A importância do conhecimento prévio

Fonte: Elaborado pela autora

3.1.4 QUARTA ETAPA: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para afirmar a validade da revisão, os estudos escolhidos precisam ser verificados criteriosamente. A análise deve ser executada de forma crítica, buscando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes encontrados nos diferentes estudos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Desta forma, após a categorização das ideias-chaves, foi possível realizar uma análise aprofundada e reflexiva dos dados extraídos, permitindo conhecer as principais informações que as parturientes possuem desde o pré-natal acerca do parto e as condutas dos profissionais.

Esses dados extraídos serão apresentados no capítulo de resultados. No apêndice A encontre a tabela com todos os dados extraídos dos artigos e suas respectivas cores conforme ao tema da categoria que cada dado pertence.

3.1.5 QUINTA ETAPA: interpretação dos resultados

Nesta etapa ocorre a discussão dos principais resultados da pesquisa. Repassa de forma categorizada as etapas de coleta e análise dos dados, a fim de que se tornem informações que propiciarão o fechamento do estudo com a resposta à pergunta de pesquisa. Nessa etapa o pesquisador, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a

comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Uma ampla revisão dirigida permite identificar fatores capazes de problematizar a política e os cuidados de enfermagem. A identificação de lacunas proporciona ao revisor analisar sugestões de futuras pesquisas direcionadas ao avanço da assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

3.1.6 SEXTA ETAPA: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

Esta etapa engloba a elaboração do documento que deve analisar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados encontrados a partir da análise dos artigos selecionados (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

No presente estudo a síntese do conhecimento encontra-se no capítulo 5, onde é apresentado a análise e discussão dos dados.

3.2 CUIDADOS ÉTICOS

Conforme a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público, que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP. Atendendo, assim, a todos os requisitos estabelecidos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas que envolvem seres humanos.

4 RESULTADOS

Quadro 2 - Total de publicações encontradas, excluídas e incluídas de acordo com as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde.

Base de Dados BVS - 66 publicações (100%)		
<i>Nº publicações</i>	<i>Motivos da exclusão</i>	<i>Porcentagem</i>
22	Fora do tema	14,52%
4	Não disponíveis na íntegra	2,64%
1	Artigo publicado em espanhol	0,66%
3	Documentos governamentais	1,98%
26	Publicações fora do recorte temporal	17,16%
Total	Excluídos pelos critérios acima	36,96%
Artigos incluídos		
2	LILACS	1,32%
1	BDENF - Enfermagem	0,66%
7	LILACS / BDENF	4,62%
Total	Incluídos nas revistas eletrônicas acima	6,6%

Fonte: Elaborado pela autora

No quadro abaixo encontram-se a identificação de todos os artigos selecionados. A extração dos dados retirados de cada estudo como já mencionado anteriormente encontram-se no apêndice A.

Quadro 3 – Identificação dos estudos selecionados.

Nº do artigo	Título	Autores	Ano
Artigo 1	Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto.	SILVA, Maria Regina Bernardo da; SILVA, Halene Cristina Dias Armada e; SANTOS, Camila dos; MONTEIRO, Herica da Silva;	2020

		ESTEVAM, Priscila; SANTOS, Aline Ingrid Xavier dos.	
Artigo 2	Pré-natal como facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto.	SOUZA, Marli Aparecida Rocha de; WALL, Marilene Loewen; THULER, Andréa Cristina de Morais Chaves; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula.	2020
Artigo 3	Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado.	SANTOS, Amanda Basílio Bastos dos; MELO, Enaldo Vieira de; DIAS, Júlia Maria de Gonçalves; DIDOU, Rayssa da Nóbrega; ARAUJO, Rodrigo Almeida Santiago de; SANTOS, Willas de Oliveira; ARAÚJO, Lorena Barreto.	2019
Artigo 4	Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante.	JARDIM, Mara Julyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros.	2019
Artigo 5	A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento.	RODRIGUES, Diego Pereira; ALVES, Valdecyr Herdy; VIEIRA, Raquel Santana; LEÃO, Diva Cristina Morett Romano; PAULA, Enimar de; Pimentel, Mariana Machado.	2018
Artigo 6	Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem.	POMPEU, Kelen da Costa; SCARTON, Juliane; CREMONESE, Luiza; FLORES, Rosiele Gomes; LANDERDAHL, Maria Celeste; RESSEL, Lúcia Beatriz.	2017

Artigo 7	Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres.	GOMES, Rebeca Pinto Costa; SILVA, Rozana de Souza e; OLIVEIRA, Débora Cecília Chaves de; MANZO, Bruna Figueiredo; GUIMARÃES, Gilberto de Lima; SOUZA, Kleyde Ventura de.	2017 Continua
Artigo 8	O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das Parturientes.	GARRETT, Camylla Aparecida; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba.	2016
Artigo 9	Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto.	ALMEIDA, Janie Maria de; ACOSTA, Laís Guirao; PINHAL, Marília Guizelini.	2015
Artigo 10	Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul.	CASSIANO, Alexandra do Nascimento; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; MEDEIROS, Soraya Maria de; SILVA, Carlos Jordão de Assis; LIMA, Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de.	2021

Fonte: Elaborado pela autora

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Esse capítulo apresenta 3 categorias, sendo que a primeira transcorre sobre o “conhecimento da gestante sobre o trabalho de parto” e que foi representada pela cor ouro, 8 artigos compuseram a categoria, a segunda sobre “a importância do conhecimento prévio”, sendo representada pela cor azul, onde 5 artigos compuseram a categoria e a terceira como “o papel do profissional na assistência ao parto” com a cor verde sendo composto por 8 artigos.

5.1 CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE O TRABALHO DE PARTO

Infelizmente as intervenções desnecessárias no trabalho de parto ainda são comuns no cenário atual, isso demonstra desconhecimento tanto pela parte do profissional que tem crença que este é procedimento necessário, quanto da parturiente que não se opõe.

Intervenções desnecessárias

Um estudo desenvolvido em um hospital federal com mulheres puérperas que vivenciaram o parto vaginal com episiotomia, percebeu conforme os relatos das participantes que há um reconhecimento, quanto a práticas desnecessárias ainda realizadas rotineiramente no parto, porém não há movimento ativo delas para se opor a essa prática, conforme as falas a seguir (Artigo 6).

“[...] Só que como ele [o bebê] é pequenininho, não teria necessidade disso [...]” (Artigo 6).

“[...] eu li na internet que hoje em dia é errado o pique, que não pode mais também ninguém vir para cima da tua barriga e empurrar, que é tudo contra hoje em dia [...]” (Artigo 6).

Outros autores encontraram dados semelhantes: Foi observado que as mulheres percebem como desnecessários os exames vaginais repetitivos e a episiotomia e consideram essa prática desconfortável e desumana. Já a cesariana é vista como antinatural por elas, que acreditam que esse procedimento vem sendo utilizado de forma indiscriminada (Artigo 5).

Apesar desses 2 estudos citados acima encontrar que essas mulheres sabiam que a episiotomia e outras práticas desnecessários como a manobra de kristeler, repetidos toques vaginais, e cesárea de rotina, mesmo assim, percebe-se uma submissão em não contestar essas intervenções. O cenário é ainda pior em outras instituições do Brasil, uma vez que, a maioria dos estudos demonstram desconhecimento sobre essa prática, como podemos visualizar nos demais estudos.

Ao questionar as participantes sobre o que sabiam a respeito dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, a maioria das gestantes apresentou desconhecimento sobre o tema, como pode ser visto nas falas a seguir: (Artigo 4).

“Eu só sei o que minhas amigas me falaram, que eles dão uma injeção para dar mais força pra mulher. Aí se não tiver muita passagem, eles cortam pra poder o bebê passar” (Artigo 4).

“Eu sei o que passei da minha experiência anterior, que me deixaram numa sala sentindo dor e fizeram o teste pra saber se tava na hora” (Artigo 4).

“[...] episiotomia? Nunca ouvi falar[...]”. “[...] eu não faço a mínima ideia do que seja isso [...]”. “[...] não sei o que é essa palavra [...]” (Artigo 6).

Fica evidente, no estudo, o desconhecimento das mulheres acerca do próprio corpo e do processo fisiológico do parto, visto que compreendem a prática da episiotomia como um corte facilitador para a passagem do bebê e relacionado à evolução da dilatação uterina. Percebe-se, também, que a cultura familiar, em que os conhecimentos são repassados por meio de conversa informal, influencia na compreensão das mulheres e as faz acreditar que a episiotomia é necessária para boa evolução do parto (Artigo 6).

As parturientes manifestaram que a episiotomia não é algo citado pelo médico ou pela equipe de saúde como método opcional, bem como não é apresentada adequadamente antes de efetuar-lo. Sendo possível identificar que as mulheres não conhecem o procedimento e que a episiotomia foi realizada sem informação e sem autorização das mesmas (Artigo 8).

A episiotomia de rotina é uma forma de mutilação genital cometida pelas instituições de saúde e profissionais. Seu uso abusivo na área da saúde tem-se tornado uma forma de desrespeito aos direitos humanos, pois muitas mulheres desconhecem o uso da episiotomia como uma forma seletiva e não obrigatória. A mulher deve decidir sobre qual procedimento será realizado no seu corpo, entendendo que a episiotomia pode ser evitada e recusada, para que não aconteça de forma desnecessária. Previamente ao procedimento deveria ocorrer a orientação pelos profissionais dos serviços de saúde (ALMEIDA, ACOSTA e PINHAL, 2015).

Inclusive a literatura médica já discute esse tema. Segundo Rezende (2017), a crença da episiotomia de rotina ser necessária nunca teve evidências científicas, era reflexo de um paradigma vigente na época, de que o corpo feminino seria essencialmente defectivo e que intervenções seriam necessárias para que o parto pudesse se realizar de modo seguro, sob cuidados médicos obrigatórios. Então esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de obstetrícia em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança. Além da inexistência de evidências de sua eficácia, existem riscos associados ao procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia.

O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal

instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais (OMS, 2018).

A manobra de Kristeler é considerada atualmente um ato violento sem comprovações que justifiquem sua prática, da mesma forma que os toques vaginais e episiotomia de rotina. Porém, a episiotomia é encarada como procedimento padrão para facilitar o parto tanto por alguns profissionais que possuem uma visão mecânica e tecnocrática da assistência, quanto para algumas mulheres com baixo grau de informação sobre o tema. É inaceitável nos dias atuais com existência de evidências científicas robustas que demonstram a não comprovação da eficácia desse método, e mesmo assim, a crença sobressai a ciência. Outro fator a ser analisado é que esse tipo de assistência (tecnocrática) é centrada no profissional e no que é conveniente para ele, visando uma hierarquia, um trabalho de parto rápido mesmo que para isso vá contra a fisiologia da parturiente e que sejam necessárias diversas intervenções. Isso vai em desencontro com protocolos e manuais nacionais e internacionais, onde se preconiza uma assistência humanizada, centrada na pessoa e que respeita o trabalho de parto como um processo individual e fisiológico.

Frente a essa realidade, subentende-se que a assistência obstétrica necessita de uma ampla mudança, a qual contemple seus aspectos de acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade. A proposta de humanização do parto vem reconhecer a autonomia da mulher enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar sua segurança e bem-estar (PEREIRA et al, 2018).

Os cuidados à mulher no processo de parto e nascimento estão pautados no conhecimento técnico científico e no respeito, priorizando sempre os aspectos fisiológicos do parir, o direito à autonomia e o empoderamento da mulher para que haja uma assistência segura e humanizada. O ambiente deve ser acolhedor, com atendimento individualizado, sem rotinas rígidas, a fim de que a mulher possa expressar suas necessidades e se sentir segura e protegida (DUARTE et al, 2020).

Tecnologias não invasivas

As Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica (TNICEO) são fundamentais, pois consistem em saberes estruturados, desenvolvidos e utilizados pelas enfermeiras obstétricas, como forma de oferecer outras possibilidades para as mulheres vivenciarem o parto e nascimento. Assim, envolvem mudanças de atitude na relação com as

mulheres, em que o profissional assume o papel de coadjuvante e concebe o cuidado como uma construção compartilhada que promove o empoderamento feminino (VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017).

Um estudo realizado em uma unidade de atenção primária com 16 mulheres com lactentes até 12 meses, demonstrou o conhecimento de puérperas acerca das tecnologias não invasivas do parto: das entrevistadas, 68,75% afirmam não ter recebido orientações sobre tecnologias não invasivas durante o pré-natal e as que relataram conhecimento 31,25%, foram adquiridos por leituras e por profissionais de saúde. A maioria identifica tecnologias não invasivas vinculadas ao parto humanizado e apenas duas conseguiram explicar e citar tecnologias não invasivas, com o uso da bola e a escolha da melhor posição no momento do parto. Como demonstra as falas a seguir: (Artigo 1).

“Sim, pois pesquisei sobre parto na internet e tinha lá” (Artigo 1).

“São boas técnicas, através do parto humanizado” (Artigo 1).

Algumas mulheres possuem desejos e saberes intuitivos, apenas após passarem pelas situações puderam impor o que julgavam errado e desconfortável pois o conhecimento prévio se faz ineficaz. Conforme os dados apresentados no estudo acima, apenas 2 das participantes buscaram conhecimento, sendo que uma delas fez uso da internet, entretanto essa forma de buscar conhecimento traz riscos de informações inadequadas ou empíricas, essa forma de conhecimento não permite um movimento com engajamento para mudança de tal prática através das próprias mulheres. É fundamental que o profissional de saúde instrumentalize essas mulheres ainda na gestação, com informações de qualidade através de educação em saúde seja nos grupos de gestantes ou em consultas de pré-natal.

As tecnologias de saúde são classificadas como: tecnologias duras, representadas por instrumentos, equipamentos, máquinas permanentes, instalação física, normas e estruturas organizacionais; tecnologias leveduras, abarcando conhecimentos estruturados e saberes protocolados; e tecnologias leves, demonstradas nas relações humanas, nos processos relacionais, nas comunicações e na forma de conduzir a gestão dos cuidados e dos serviços (BERARDINELLI, et al., 2014).

Ainda sobre as tecnologias não invasivas, um estudo revelou que 23,3% das mulheres entrevistadas diziam saber sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e 76,7% delas desconheciam esses métodos, fato que demonstra deficiência sobre os MNFAD (Artigo 9).

No tocante à temática do alívio da dor da parturiente, o uso dos métodos não farmacológicos é proposto como uma opção para substituição de analgésicos durante o trabalho

de parto e o parto. Nessa perspectiva, esses cuidados são incentivados a partir da recomendação da prática de algumas ações não farmacológicas, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens e o uso da bola. Essas práticas têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos (ALMEIDA, ACOSTA e PINHAL, 2015).

Práticas que respeitam a fisiologia do parto, como o acolhimento, o suporte físico e emocional à parturiente, estímulos a práticas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor, como o estímulo à livre movimentação, à deambulação e ao banho de aspersão, o monitoramento da progressão do trabalho de parto por meio do uso do partograma, e o estímulo ao acompanhante de escolha da mulher, são pontos à estarem em consonância a fim de caracterizar medidas que promovam a sua autonomia no cenário em que a mulher é a protagonista do processo de cuidado (DUARTE et al, 2020).

Como podemos observar muitos são os métodos não farmacológico para o alívio da dor que poderiam ser disponibilizados as parturientes, pois tratam-se de cuidados que não possuem custos, são efetivos e é recomendado pela nossa diretriz nacional de assistência ao parto normal, isso demonstra que muitos profissionais desconhecem a importância de uma assistência de enfermagem padronizada, baseada em evidências científicas que sustentem suas tomadas de decisões, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada. Da mesma forma, um dos estudos mostrou que a escolha da posição durante o trabalho de parto também sofre as mesmas privações.

Ao serem questionadas sobre a capacidade de escolher a melhor posição durante o processo de parturição natural, verificou-se nas falas de algumas depoentes um discurso de inépcia para assumir a melhor posição no processo de trabalho de parto e parto, de acordo com as seguintes falas: (Artigo 4).

“Quando a gente chega lá, eles colocam a gente naquela maca de perna pra cima, e acho que essa é a posição correta. Por isso não me sinto capaz” (Artigo 4).

“Eu não me sinto, porque não tenho conhecimento disso, só sei do parto que a gente deita na cama e fica sentindo dor” (Artigo 4).

Direitos da parturiente

“Acostumada a ver as mulheres deitadas, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para facilitar a saída do bebê. O canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio para ele é melhor. O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê. Pode ser um momento de grande prazer: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser. Experimente! Encontre a posição que a deixe mais confortável e que forneça a saída do bebê!” (Artigo 1).

Observa-se no parágrafo acima a importância do conhecimento adequado, uma mulher segura de saberes facilita seu processo de parturição, proporcionando maior autonomia e segurança.

Devem ser desenvolvidas diferentes ações que sejam capazes de ampliar o conhecimento das mulheres sobre o direito reprodutivo em todos os níveis de atenção, estimulando-as e empoderando-as para o parto normal. O empoderamento deve, então, ser entendido como o resultado da distribuição de informações, recursos e oportunidades com o objetivo de fortalecer o conhecimento, a participação e os direitos das usuárias do serviço de saúde a respeito das decisões do parto (JARDIM, FONSECA e SILVA, 2019).

Em um estudo com puérperas, foi observado que 51% das mulheres analisadas foram submetidas à cesárea, uma proporção quase duas vezes e meia maior que o índice de 15% estipulado pela Organização Mundial da Saúde e que, dessas, 24,5% não puderam ficar com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em desacordo com a Lei n.º 11.108/2005. Esse fato rompe com os direitos sexuais, reprodutivos e humanos no parto e nascimento e com as expectativas das mulheres quanto ao seu direito de escolha (Artigo 5).

É evidenciado que, quando as informações sobre o processo de trabalho de parto e parto foram repassadas para os acompanhantes de forma precisa, resultaram na execução de mais ações ao lado da parturiente, e quando isso não aconteceu, a ação mais evidenciada e relatada por todos foi o gesto de pegar na mão. O conhecimento sobre o mecanismo fisiológico do parto e, neste, a dor, deve ser mantido como forma de direcionamento durante todo esse processo, no intuito de levar à parturiente e o acompanhante a uma melhor maneira de lidar com essa dor (Artigo 2).

Ao se tratar da presença do acompanhante, todas as mulheres expressaram o desejo de serem acompanhadas durante seu trabalho de parto e parto (Artigo 7).

Do total das mulheres participantes, mais da metade desejou que seu companheiro cortasse o cordão umbilical após o parto (Artigo 7).

A valorização da presença do acompanhante e a mudança no ambiente acolhedor na unidade hospitalar torna-se essencial para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. A vivência do processo de parturição pode mobilizar sentimentos positivos e únicos, como o nascimento do filho, e negativo, como a falta de privacidade, a necessidade de adaptação ao ambiente e às pessoas desconhecidas. A participação do acompanhante no momento do parto é de fundamental importância, pois só assim é possível recuperar a afetividade, a referência familiar e emocional, tão fragilizadas. O acompanhamento favorece um trabalho de parto e parto sem complicações (DUARTE et al, 2020).

Cesarianas são quase universais no Brasil entre mulheres, porém não há razões clínicas que justifiquem uma prevalência de 90% de cesarianas. Desde 2004, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem estudando estratégias para reduzir a prevalência de cesarianas no setor privado no Brasil. Evidências científicas sugerem que existe associação entre elevada prevalência de cesarianas e fatores não clínicos, como o modelo de pagamento por procedimento e a assistência ao parto em centro obstétrico ao invés de em unidades lideradas por enfermeiras obstétricas ou em centros de parto normal (TORRES et al, 2014).

A cesárea é evidenciada com frequência e maior incidência em nosso país, sendo uma prática resultante de falta de informação, medo e angústia, deficiência de conhecimento e de cumprimento de leis que amparam. Se uma instituição não realiza atendimento adequado e a cliente não possui conhecimento de seus direitos o sistema passa a seguir funcionando com vícios de más práticas sem resolutividade e mudanças, não contribuindo para uma diminuição dos índices de cesárea.

Bem como a presença do acompanhante sendo um direito primordial de conforto emocional à mulher, tanto o acompanhante quanto a parturiente necessitam de informações adequadas referente ao processo da gestação e parturição, um acompanhante que sabe exercer seu papel e uma parturiente que sabe solicitar ajuda, pois possuem conhecimento, contribui para um processo humanizado, quando do contrário pode gerar experiências negativas se contrapondo ao processo humanizado que se espera.

A teorista de enfermagem que envolve o presente trabalho, Peplau, evidencia que reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas mudanças e também aponta que um dos papéis que a enfermeira pode desenvolver é o de fazer com que os cuidados da saúde possam ser conduzidos do hospital para a comunidade. Se faz importante o entendimento de que o envolvimento do conhecimento da gestante está relacionado com

questões sociais de seu convívio, sendo uma questão primordial o olhar para a paciente como um todo.

5.2 A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO PRÉVIO

O pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (Artigo 1).

A assistência pré-natal não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante (Artigo 1).

Um estudo contextualizou o que as gestantes vislumbram de um pré-natal realizado de forma qualificada: “Pra mim, eu considero importante por causa que se você não faz, não vai saber se ta bem o seu bebê... no começo da gestação você tem que fazer os exames tudinho... por isso eu acho importante” (Artigo 4).

“É importante, né, porque a gente acompanha desde o começo o neném, pra saber se ta tudo normal” (Artigo 4).

Como podemos observar a preocupação das gestantes está centrada na saúde fetal principalmente, porém qualidade no pré-natal vai muito além disso.

O mesmo estudo relacionou a importância do pré-natal com o trabalho de parto e parto como podemos observar nas falas abaixo:

“Sim, é importante porque a gente vai saber (...) como vai ser o parto, se vai ser um parto tranquilo, um parto complicado” (Artigo 4).

“Pra mim é importante porque é minha primeira gestação, e ele traz todos os conhecimentos que uma gestante precisa pra poder ter uma gestação saudável, pra poder ter um parto saudável” (Artigo 4).

“É importante sim, porque é muito complicado a gente ir pra uma maternidade sem ter feito o pré-natal. Porque corre o risco de eles não atenderem a gente. Por isso faço tudo direito” (Artigo 4).

Outro estudo encontrou que houve falha no processo de informações quanto ao parto por parte do profissional executante do pré-natal, parte das mulheres (63,5%) relatou não ter recebido nenhuma informação com relação aos tipos de parto. A maioria (58%) das gestantes

entrevistadas afirmou possuir medo das dores vivenciadas por um parto normal. O desejo por uma cesariana é fortalecido pelo medo e desinformação. Em concordância com essa afirmação, à literatura mostra que o temor da dor do parto depende de como as gestantes foram conduzidas durante o acompanhamento do pré-natal (Artigo 3).

O mesmo estudo analisou informações que as gestantes tinham sobre os tipos de parto: Mais da metade desconheciam 118 (59%). Com relação ao parto humanizado, (30,5%) gestantes tinham conhecimento prévio, pois “ouviram falar” sobre (Artigo 3).

Quanto as gestantes que buscaram informação sobre os tipos de partos isso ocorreu em 41% dos casos, contra 55% das que não buscaram (Artigo 3).

Corroborando com esses resultados um estudo com 358 puérperas de maternidade pública do sul do Brasil, trouxe um resultado significativo entre receber orientação para o parto e o número de consultas pré-natais realizadas. Entre as mulheres que realizaram mais de seis consultas, 81,7% relataram não ter recebido orientações para o parto durante o pré-natal. Receber orientação para o parto e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto também apresentou significância estatística. Mulheres que tiveram um intervalo de até 15 dias entre a última consulta pré-natal e o parto receberam mais orientações para o mesmo (80,8%). Também houve significância estatística entre a adequação do pré-natal e o recebimento de orientação para o parto. Entre as mulheres que não receberam orientação para o parto (52%), a inadequação do pré-natal atingiu a taxa de 30,1% (GONCALVES et al, 2017).

Abaixo podemos observar os critérios para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica de Saúde.

Figura 3: 10 passos para um pré-natal de qualidade na atenção básica – Ministério da Saúde, 2012.

<p>1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)</p> <p>2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.</p> <p>3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.</p> <p>4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".</p> <p>5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.</p> <p>6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".</p> <p>7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.</p> <p>8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".</p> <p>9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).</p> <p>10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.</p>

Fonte: SC - Atualização em pré-natal para profissionais da atenção básica. 2014.

Uma triste realidade que ainda persiste é de que muitos profissionais ainda permanecem com condutas ultrapassadas, preocupados apenas com o número de consultas e exames que devem ser realizados, focados em desenvolvimento gestacional e prescrições, enquanto a parte de orientações quanto ao processo de parir fica desamparada. O pré-natal vai muito além disso por isso a importância da capacitação profissional com uma visão ampliada da assistência.

No que se refere ao processo de parturição, existe uma múltipla gama de alternativas à disposição da gestante que deve ser-lhes apresentada na assistência pré-natal para que ela possa baseada em evidências científicas e nos seus direitos, discutir e decidir junto com o profissional por aquilo que a deixará mais tranquila e segura (Artigo 4).

Para tomar decisões referentes a um momento tão singular em sua vida, a mulher necessita obter um conhecimento prévio sobre o assunto. Dessa forma, cabe aos profissionais da atenção primária à saúde, durante o pré-natal, fornecer informações à mulher não somente a respeito da gestação, mas também sobre todo o processo parturitivo. Um dos recursos que podem ser utilizados por esses profissionais é a roda de conversa sobre plano de parto, utilizada nesta pesquisa (Artigo 7).

Uma vez que a assistência e o empoderamento da mulher iniciam-se no pré-natal com ações educativas e escuta qualificada com o objetivo de acrescer subsídios sobre o ciclo gravídico-puerperal e valorizar as experiências de vida das usuárias e o seu próprio conhecimento sobre o corpo para a busca de autonomia. Sendo assim, compete aos profissionais de saúde a reflexão acerca da assistência pré-natal e a busca de elementos que subsidiem o planejamento, a implementação e avaliação de seus cuidados a fim de atingir um patamar de qualidade (Artigo 6).

Diante dos relatos desse estudo, ficou perceptível a influência que a assistência pré-natal pode exercer na autonomia para o parto natural e no conhecimento das gestantes sobre os direitos do período gravídico-puerperal. Essa autonomia está relacionada com as orientações e as estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais (Artigo 4).

A assistência pré-natal é um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões, de forma individualizada e/ou coletiva, valorizando a subjetividade de cada mulher e as experiências pregressas pelas quais tenha passado. Todas as gestantes devem ser acompanhadas no pré-natal, pois cada gestação é singular e vivida de forma diferente. O serviço de pré-natal deve oferecer uma assistência detalhada, de modo que as mulheres possam compreender todos os aspectos do ciclo gravídico-puerperal, sendo capazes de lidar com as emoções e frustrações típicas desta fase (MOTA e MOREIRA, 2013).

É no pré-natal que elas possuem a maior oportunidade de adquirir saberes sobre o desenvolvimento da gestação, procedimentos e a dinâmica do processo de parturição. Como uma parturiente vai fazer uma tomada de decisão se ela não tem informações suficientes sobre esse processo? Muito menos que ela pode decidir algo, isso ocorre devido nosso histórico cultural da assistência tecnocrática que por tantos anos predominou de forma unânime em nosso país, com o passar das gerações as mulheres perderam sua autonomia, aceitando uma relação de submissão devido a hierarquia onde só o profissional sabe e pode decidir sobre seu corpo sem seu consentimento. Para desconstruir esse paradigma ultrapassado o enfermeiro frente a atenção básica de saúde pode instrumentalizá-las com informações de qualidade sobre seus direitos, sobre boas práticas de atenção ao parto, riscos e benefícios de cada via de parto, sobre a importância do empoderamento da gestante e incentivo para que busquem conhecer o máximo sobre o processo que vão vivenciar.

É de suma importância a união da equipe multidisciplinar no pré-natal para amparo de todas as dúvidas e fortalecer o preparo da mulher para o seu momento mais esperado, o parto, bem como amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Hoje em dia vivemos em uma sociedade de profissionais enfermeiros mais preocupados e focados na quantidade de atendimentos e não na qualidade desses, associado a uma realidade de sobrecarga horária e de tarefas a serem desenvolvidas durante um plantão, deixando a humanização de lado. A teoria de Peplau existe desde os anos 40, e já naquela época ela provou a importância da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente. O conhecimento prévio das parturientes está diretamente ligado ao tipo de atendimento recebido e não apenas nas informações que foram passadas a ela e assim como essas informações foram passadas. Nesse sentido a postura do profissional pode mudar este cenário, facilitando o acolhimento e potencializando as relações interpessoais entre os profissionais e a gestante.

5.3 PAPEL DO PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

É observado, que o atendimento humanizado faz com que o acompanhante e as gestantes se sintam confiantes e acolhidos. Para tanto, é necessária a conscientização do profissional de saúde de que a presença do acompanhante promove, na parturiente, empoderamento e fortalecimento nas decisões durante o processo de trabalho de parto e parto. O profissional de saúde, ao favorecer as informações necessárias a esse acompanhante, além de fazer o papel de mediador, promove essa autonomia (Artigo 2).

É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados a respeito da relevância da presença do acompanhante para a parturiente no decorrer do trabalho de parto, bem como precisam estar preparados para executarem suas atividades junto ao acompanhante e à parturiente, informando-os sobre a evolução e as condutas a serem realizadas durante o processo de nascimento (GOMES et al, 2017).

O acompanhante se faz muito importante durante não só no momento do processo de parir, mas em todo o pré-natal que antecede, seja marido, mãe, familiar, responsável, alguém de confiança da mulher, necessita estar preparado com informações para auxiliar e dar suporte durante todo o processo. Deveria ser do interesse de todos os profissionais praticar sua responsabilidade de transmitir informações pois quanto mais informado o acompanhante mais irá ajudar, faz parte das tecnologias não invasivas para o alívio da dor uma vez que esse fornece apoio e conforto emocional.

Autonomia das gestantes

Apesar da maioria das participantes deste estudo optar pelo parto normal, acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto. Isso possibilita a diminuição ou perda da autonomia da mulher nesse evento, as quais podem ficar submissas à decisão tomada pelo profissional que lhes assiste no pré-natal ou ainda, demonstrarem-se desinformadas a respeito das inúmeras vantagens do parto normal, como podemos ver nos relatos: (Artigo 4).

“Eu preferia cesárea, mas to achando que vai ser normal mesmo, porque a enfermeira disse que ta tudo bem comigo e com o bebê” (Artigo 4).

“Vou fazer cesárea porque vou ligar pra não ter mais [filhos]” (Artigo 4).

“Vou querer cesárea, tenho medo de ter normal” (Artigo 4).

Um cuidado baseado em evidências científicas que sustentam a ciência da enfermagem, mas que, sobremaneira, se faz pautado na individualidade e singularidade feminina, valoriza o protagonismo da mulher e permite a interlocução da assistência ante a crenças e valores culturais da parturiente (Artigo 10).

Apesar de as evidências não demonstrarem benefícios, a posição supina foi a mais expressa nos planos de parto, por ainda ser considerada culturalmente a mais apropriada pelas mulheres e por alguns profissionais da saúde, visto que, no Brasil, mais de 90% das mulheres ainda escolhem parir nessa posição. Não obstante, pesquisas indicam que instituições de saúde

nacionais têm oferecido outras possibilidades de posições que não a supina para parir. Isso é fortalecido quando há a presença de enfermeiros-obstetras, pois se trata de profissionais comprometidos com os princípios da humanização (Artigo 7).

É recomendado que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário. Apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países (PEREIRA et al, 2018).

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam cada vez mais os benefícios de uma assistência humanizada, é fundamental que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher de maneira integral. Assim, se faz necessário a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais, que vise uma assistência multidisciplinar, com enfoque ao trabalho em equipe, que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto desde o pré-natal; além da efetiva incorporação do modelo humanizado de atenção como diretriz e filosofia institucional buscando respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos (PEREIRA et al, 2018).

O atendimento à mulher, seja gestante ou parturiente é executado por profissionais da saúde de diversas áreas que constituem uma equipe de atendimento multiprofissional, encontrando-se em unidades de saúde pública e/ou privada. Sendo de responsabilidade ética profissional de todos fornecer atendimento de qualidade com respeito, dignidade e informação. Ainda é instituído nos modelos assistenciais profissionais aderidos ao movimento tecnocrático, onde deixam de tratar a mulher como indivíduo protagonista e sim como máquina, padrão, rotina, agilidade e rapidez para suprir maior demanda. Surgindo assim as violências obstétricas e desumanização. Há uma necessidade de conscientização por parte dos profissionais em orientar integralmente suas pacientes desde o pré-natal até o momento de trabalho de parto e parto e posteriormente no puerpério.

O caminho para a transição do modelo é o respeito à fisiologia do processo, que requer uma transformação na atuação do profissional de saúde, na capacitação técnica, no reconhecimento, na autonomia dos profissionais para atuar nesse campo (DUARTE et al, 2020).

Profissional

São responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem, de acordo com a Resolução número 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem Art. 18, respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar. Ainda, o Art. 21 cita proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde (Artigo 8).

Neste estudo, os dados mostram que o enfermeiro foi o profissional que mais orientou as parturientes sobre adotar alguma técnica para alívio da dor, aparecendo em 61% das respostas das mães, sendo que 21% delas foram orientadas por médicos e 10% por outros profissionais (Artigo 9).

Em outro estudo, ao questionar as gestantes sobre o esclarecimento de suas dúvidas durante o pré-natal, a maioria relatou que o enfermeiro é o principal responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto, como podemos verificar nas falas seguintes: (Artigo 4).

“Ela sempre tira todas as minhas dúvidas” (Artigo 4).

“Muitas coisas eu não sabia, mas eles [os enfermeiros] estão me esclarecendo tudo” (Artigo 4).

Porém essa realidade não é de todos os locais. Um estudo relacionou o tipo de violência com o seu causador, observou-se que, para todos os tipos, a enfermeira foi vista como a causadora de maior frequência e, em segundo lugar, o médico (Artigo 5).

O mesmo artigo demonstrou que 49,4% das mulheres manifestaram algum tipo de trato desumano por parte dos profissionais de saúde, com práticas de descuidado para a mulher expressando condutas de violência obstétrica, com 66,8% de mulheres submetidas a procedimentos médicos sem o seu consentimento; 36,7% perceberam que foram violentadas e 20,5% não reportaram ter sofrido algum tipo de prática violenta durante a sua assistência. Com relação tipo de trato desumano, 23,8% relataram que foram impedidas de ter contato com o recém-nascido e 21,6% receberam críticas por chorar e gritar durante o trabalho de parto; 19,5% sentiram que era impossível manifestar suas ansiedades e inquietações com medo de represálias (Artigo 5).

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheçam os aspectos sociais e

culturais do parto e do nascimento e ofereçam suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo assim os direitos de cidadania (GOMES et al, 2017).

Os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, devem prestar um cuidado centrado nas necessidades individuais de cada mulher. Estes devem fornecer orientações, esclarecer dúvidas, bem como acolher, aconselhar sobre as práticas cabíveis em cada caso e auxiliar no processo parturitivo. É preciso garantir acesso à informação correta e em linguagem adequada, garantindo qualidade de assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério (Artigo 6).

Ressalta-se a atuação do enfermeiro obstetra no empoderamento da mulher durante o parto e na implementação de práticas integrativas, como as de medidas não farmacológicas para alívio da dor, a exemplo da livre deambulação e escolhas de posição, aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, presença de acompanhante ou de doula, técnicas de respiração, banho de chuveiro morno, massagem e utilização de recursos tecnológicos não invasivos (Artigo 10).

Evidências científicas comprovam que partos acompanhados por enfermeiras obstétricas têm uma melhor qualidade na assistência, reduzindo os números de intervenções desnecessárias como: a episiotomia e o parto instrumental. A atuação desse profissional de saúde está respaldada em virtude da Lei no 7.498 de 25 de Junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem), tendo a sua atuação de assistência ao parto normal, sem distocia (DUARTE et al, 2020).

O enfermeiro é o profissional, como nas diversas áreas de enfermagem, que fica mais próximo do paciente diariamente. Na área da obstetrícia possui grande autonomia e é respaldado em protocolos para consultas de enfermagem, tornando-o disposto a acompanhar diretamente o pré-natal, fazendo-se importante igualmente ao atendimento médico. Porém a realidade é que a enfermagem está em constante processo de evolução e atualmente não são todos os profissionais enfermeiros que exercem o papel de acompanhamento devido desde o pré-natal até na atuação de autonomia da concepção do parto. É um profissional chave no que diz respeito a orientações fornecidas à gestante e parturiente.

A teoria de Peplau defende que a postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente e o auxílio ao desenvolvimento da personalidade. O profissional enfermeiro dota de grande responsabilidade em garantir a informação às pacientes, cabe a eles executarem de forma coerente sua função, informando e empoderando as mulheres de saberes acerca do processo em que está vivendo e seus direitos. O amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o

uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas interpessoais cotidianos.

5.4 PUBLICAÇÃO EM REVISTA

Esse estudo foi aceito para publicação na Revista de Divulgação Científica Caminhos edição ano 11 de 2020, da UNIDAVI, por meio do dossiê com temática especial da área da saúde. Sendo fruto da revisão de literatura desse trabalho. Esperamos posteriormente publicar também os resultados na mesma ou em outras revistas. O artigo encontra-se no apêndice B.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo respondeu à pergunta norteadora dessa pesquisa sobre a importância do conhecimento prévio das parturientes frente às tomadas de decisões no processo de parir e os objetivos propostos.

A escolha do tema originou-se após contato direto com o centro obstétrico e maternidade em estágio de disciplina do atual curso de graduação em enfermagem, onde pude observar com olhar crítico os procedimentos realizados e vivenciar puramente um trabalho de parto desde a sua admissão no setor até o desfecho pós-parto imediato e além de perceber, fiquei completamente impressionada, com a falta de conhecimento prévio daquelas pacientes, com tamanha insegurança, conseqüentemente possuindo confiança em qualquer informação passadas à elas de qualquer forma por qualquer profissional, sem parâmetro do cenário ideal, ou seja, não presenciei atendimentos humanizados, notando assim uma necessidade de estudar e esclarecer mais sobre esse assunto.

Esse trabalho encontrou nos estudos analisados que ainda é instituído nos modelos assistenciais, profissionais aderidos ao movimento tecnocrático, onde deixam de tratar a mulher como indivíduo protagonista e sim como máquina, padrão, rotina, agilidade e rapidez para suprir maior demanda. Surgindo assim as violências obstétricas e desumanização. Há uma necessidade de conscientização por parte dos profissionais em orientar integralmente suas pacientes desde o pré-natal até o momento de trabalho de parto e parto e posteriormente no puerpério.

Alguns trabalhos analisados nesse estudo demonstraram que o conhecimento das parturientes sobre episiotomia e outras práticas desnecessárias como a manobra de Kristeler, repetidos toques vaginais e cesárea de rotina não são suficientes, percebendo-se uma relação submissa, sendo fruto de uma hierarquia profissional – paciente ainda instituída no modelo atual de atenção ao parto.

Entretanto, pode-se observar em um dos estudos a importância do conhecimento adequado e prévio das parturientes, uma mulher segura de saberes facilita seu processo de parturição, proporcionando maior autonomia e segurança.

Foi possível notar que algumas mulheres possuem desejos e saberes intuitivos, apenas após passarem pelas situações puderam impor o que julgam errado e desconfortável pois o conhecimento prévio na sua maioria se faz ineficaz. Sendo fundamental que o profissional de saúde instrumentalize essas mulheres ainda na gestação, com informações de qualidade através de educação em saúde seja nos grupos de gestantes ou em consultas de pré-natal.

É no pré-natal que as parturientes possuem a maior oportunidade de adquirir saberes sobre o desenvolvimento da gestação, procedimentos e a dinâmica do processo de parturição. Como uma parturiente vai fazer uma tomada de decisão se ela não tem informações suficientes sobre esse processo? Muito menos que ela pode decidir algo, isso ocorre devido nosso histórico cultural da assistência tecnocrática, com o passar das gerações as mulheres perderam sua autonomia, aceitando uma relação de submissão devido a hierarquia onde só o profissional sabe e pode decidir sobre seu corpo sem seu consentimento. Para desconstruir esse paradigma ultrapassado o enfermeiro frente a atenção básica de saúde pode instrumentalizá-las com informações de qualidade sobre seus direitos, sobre boas práticas de atenção ao parto, riscos e benefícios de cada via de parto, sobre a importância do empoderamento da gestante e incentivo para que busquem conhecer o máximo sobre o processo que vão vivenciar.

Assim se faz a importância do conhecimento adequado, uma mulher segura de saberes facilita seu processo de parturição, proporcionando maior autonomia e segurança.

Mais estudos são necessários afim de ampliar a compreensão sobre essa temática, em incentivar os profissionais a compreenderem que ao executarem sua função de forma adequada, além de capacitar as mulheres, facilita e torna sua rotina de trabalho mais dinâmica, fácil de ser executada e proporciona assim desfechos satisfatórios para si e principalmente para as parturientes.

A teoria de Peplau existe desde os anos 40, e já naquela época ela provou a importância da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente. O conhecimento prévio das parturientes

está diretamente ligado ao tipo de atendimento recebido e não apenas nas informações que foram passas a ela e assim como essas informações foram passadas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, jun. 2005. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci_arttext > Acesso em 09/Jul/2020.
- ALMEIDA, Janie Maria de; ACOSTA, Laís Guirao; PINHAL, Marília Guizelini. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 711-718, Set. 2015. Disponível em < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000300014&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 15/Nov/2020.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil.** Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, março 2018. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100001> > Acesso em 13/Jun/2020.
- BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-609, mar. 2015. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15509> >. Acesso em 23/Nov/2020.
- BRASIL, Gisely; NEVES, Debora Costa.; MACIEL, Daniela Maristane Vieira Lopes; FIGUEREDO, Rogerio Carvalho de. **Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?** Scire Salutis, v.8, n.2, p.9-23, 2018. Disponível em < <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0002> > Acesso em 09/Jul/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: Versão resumida.** Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Humanização do Parto. Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).** Brasília, 2000. Disponível em < <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> > Acesso em 01/Jun/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf > Acesso em 01/Nov/2020.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Para frear cesáreas, OMS emite novas recomendações para grávidas saudáveis.** 06 Mar 2018. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/para-frear-cesareas-oms-emite-novas-recomendacoes-para-gravidas-saudaveis_60956.html > Acesso em 13/Jun/2020.

CORTÉS, María Suárez et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Murcia, Espanha. 2015. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf > Acesso em 09/Jul/2020.

DODOU, Hilana Dayana; RODRIGUES, Dafne Paiva; ORIÁ; Mônica Oliveira Batista. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev Fund Care Online**. Jan/Mar 2017. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230> > Acesso em 29/Jun/2020.

DUARTE, Micheliana Rodrigues et al. Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 903-908, jul. 2020. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7927>> Acesso 15/Nov/2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. 14 Mar 2018. Disponível em < <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,e%20morbidade%20materna%20e%20perinatal> > Acesso em 13/Jun/2020.

GOMES, Liane Oliveira Souza et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 6, p. 2576-2585, Maio. 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23426/19113>> Acesso em 15/Nov/2020.

GONCALVES, Mariana Faria et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063> > Acesso em 01/Jul/2020.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros; SILVA, Andressa Arraes. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 432-440, Jan. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370>>. Acesso em 15/Nov/2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> > Acesso em 09/Jul/2020.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas*, **Rev. Ciênc. Soc.**, v. 15, n. 2, p. 250-271. Porto Alegre, Jun, 2015. Disponível em < <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899> > Acesso em 13/Jun/2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOTA, Itana Isis da Silva; MOREIRA, Michelle Araújo. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia. **J Health Sci Inst**. 31(1):43-7. 2013. Disponível em <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p43a47.pdf> Acesso em 15/Nov/2020.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, p. 119-126, 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496> > Acesso em 09/Jul/2020.

NIY, Denise Yoshie et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIROA, Silvia Fernanda de Mendonça. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, dez. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008> > Acesso em 08/Jun/2020.

PEREIRA, Ricardo Motta et al. **Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 11. Nov, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016> > Acesso em 13/Jun/2020.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e Os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Rev. Eletron. “Diálogos Acadêmicos”**, nº 1, p. 72-87, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em 17/Out/2020.

RIBEIRO, Janaína de Alencar. Parteiras e médicos: paradigmas existenciais opostos. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. São Paulo. 2017. Disponível em <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016868/bis-v18n2-educacao-comunicacao-70-81.pdf>> Acesso em 17/Out/2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde; Superintendência de Planejamento e Gestão; Diretoria de Planejamento; Controle e Avaliação do SUS; Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Atualização em pré-natal para profissionais da atenção básica**. Junho, 2014.

SANTOS, Amanda Basílio Bastos dos et al. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. *ABCS health sci*; 44(3): 172-179, dezembro. 2019. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047748>> Acesso em novembro de 2020.

SCHEIDT, Tânia Regina; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2. 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002180015>> Acesso em 12/Set/2020.

SILVA, Ana Claudia Coutinho da; TORTATO, Cintia de Souza Batista. O desenvolvimento da medicina obstétrica como um modelo tecnocrático no controle dos corpos femininos. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão**, v.3, n.1, Paranaguá PR, março de 2018. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/323833193_O_DESENVOLVIMENTO_DA_MEDICINA_OBSTETRICA_COMO_UM_MODELO_TECNOCRATICO_NO_CONTROLE_DO_S_CORPOS_FEMININOS/fulltext/5aadb1b0458515ecebe7d461/O-DESENVOLVIMENTO-DA-MEDICINA-OBSTETRICA-COMO-UM-MODELO-TECNOCRATICO-NO-CONTROLE-DOS-CORPOS-FEMININOS.pdf](https://www.researchgate.net/publication/323833193_O_DESENVOLVIMENTO_DA_MEDICINA Obstetrica COMO UM MODELO TECNOCRATICO NO CONTROLE DO S_CORPOS_FEMININOS/fulltext/5aadb1b0458515ecebe7d461/O-DESENVOLVIMENTO-DA-MEDICINA-OBSTETRICA-COMO-UM-MODELO-TECNOCRATICO-NO-CONTROLE-DOS-CORPOS-FEMININOS.pdf)> Acesso em 13/Jun/2020.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>> Acesso em 14/Nov/2020.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso> Acesso em 20/Nov/2020.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. *Disciplinarum Scientia. A história do parto: do domicílio ao hospital; Das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.* Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>> Acesso em 08/Jun/2020.

WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em <http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf> Acesso em 13/Jun/2020. Tradutor Carolina Tomedi de Oliveira

APÊNDICE A - Classificação dos artigos indexados (BVS) que atenderam aos critérios de inclusão.

ARTIGO 1
<i>DADOS DA PUBLICAÇÃO</i>
Título do artigo: Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto
Ano da publicação: 2020
RESUMO: Objetivo: Verificar se as tecnologias não invasivas apresentadas as gestantes durante o pré-natal promovem o protagonismo no pré-parto e parto. Metodologia: Estudo de campo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, Parecer n. ° 3.208.521. Resultados: Foram feitas 16 entrevistas com mulheres jovens, 68,75% referiram ser solteiras, com um filho (62,5%) e parto nos últimos 12 meses. Verificou-se que as mulheres vinculam tecnologias não invasivas ao conceito de parto humanizado; que a presença de um acompanhante se tornou demanda social e vai de encontro ao direito e protagonismo da mulher no momento do parto; que as incidências dos procedimentos invasivos diminuíram, porém continua a existir e causar a insatisfação das mulheres. As tecnologias alternativas reconhecidas foram a deambulação, a movimentação, o banho, a música e chamou atenção para o não reconhecimento da bola suíça, recomendado na rede Cegonha. Por fim, a satisfação das mulheres está interligada a uma experiência mais tranquila e natural, enquanto a insatisfação a utilização de procedimentos invasivos, a falta de orientação e acompanhante ainda persiste. Conclusão: Observou-se que o enfermeiro deverá focar mais em ações educativas voltadas ao reconhecimento das tecnologias não invasivas, durante o pré-natal, tornando as mulheres aptas a tornarem-se protagonistas do ato de gerar outro ser humano e de seu próprio corpo.(AU)
Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Cuidado Pré-Natal , Trabalho de Parto , Parto , Enfermagem Materno-Infantil , Parto Humanizado , Enfermagem Obstétrica.
<i>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</i>
Local do estudo: Rio de Janeiro - Brasil
Tipo de método do estudo: Estudo de campo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

Amostra: Foram feitas 16 entrevistas com mulheres jovens, 68,75% referiram ser solteiras, com um filho (62,5%) e parto nos últimos 12 meses.

CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC

Conhecimento prévio das parturientes no pré natal relacionado ao parto.

CATEGORIZAÇÃO POR CORES

EXTRAÇÃO DOS DADOS

*O pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

*Puérperas com conhecimento acerca das tecnologias não invasivas do parto: das entrevistadas, 68,75% afirma não ter recebido orientações sobre tecnologias não invasivas durante o pré-natal e as que relataram conhecimento 31,25%, foram adquiridos por leituras e por profissionais de saúde. A maioria identifica tecnologias não invasivas vinculadas ao parto humanizado e apenas duas conseguiram explicar e citar tecnologias não invasivas, com o uso da bola e a escolha da melhor posição no momento do parto. Abaixo as seguintes falas:

“Sim, pois pesquisei sobre parto na internet e tinha lá”. “São boas técnicas, através do parto humanizado”.

*Procedimentos invasivos na sala de parto: “Acostumada a ver as mulheres deitadas, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para facilitar a saída do bebê. O canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio para ele é melhor. O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê. Pode ser um momento de grande prazer: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser. Experimente! Encontre a posição que a deixe mais confortável e que forneça a saída do bebê! ”.

*A assistência pré-natal não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante.

ARTIGO 2

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: Pré-natal como facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto.
Ano da publicação: 2020
RESUMO: Objetivo: descrever ações executadas pelo acompanhante junto à parturiente, conforme informações recebidas no pré-natal. Método: estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com 21 acompanhantes, com o uso de um questionário semiestruturado. No processamento de análise dos dados, foi utilizado o software Iramuteq. Resultados: emergiram duas classes: 1. A informação no pré-natal sobre o direito do acompanhante e 2. A participação do acompanhante junto à parturiente e as ações executadas. Conclusão: a informação referente ao direito do acompanhante e ações a serem desenvolvidas por eles no processo de parto foram poucas ou nenhuma durante o pré-natal e as ações realizadas por eles foram provenientes de conhecimento adquirido por meio de busca individual ou recebido no momento da internação.
Palavra chave ou descritores: Pré-natal; Humanização da assistência; Enfermagem; Parto normal.
<i>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</i>
Local do estudo: Paraná – Brasil
Tipo de método do estudo: Estudo qualitativo, descritivo, exploratório.
Amostra: 21 acompanhantes, com o uso de um questionário semiestruturado.
CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC Conhecimento no pré natal dos meios que envolvem a parturiente relacionado a parto.
<i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i>
EXTRAÇÃO DOS DADOS
* É observado, neste estudo, que o atendimento humanizado faz com que o acompanhante e as gestantes se sintam confiantes e acolhidos. Para tanto, é necessária a conscientização do profissional de saúde de que a presença do acompanhante promove, na parturiente, empoderamento e fortalecimento nas decisões durante o processo de trabalho de parto e parto. O profissional de saúde, ao favorecer as informações necessárias a esse acompanhante, além de fazer o papel de mediador, promove essa autonomia.
*É evidenciado que, quando as informações sobre o processo de trabalho de parto e parto foram repassadas para os acompanhantes de forma precisa, resultaram na execução de mais ações ao lado da parturiente, e quando isso não aconteceu, a ação mais evidenciada e relatada por todos foi o gesto de pegar na mão. O conhecimento sobre o mecanismo fisiológico do

parto e, neste, a dor, deve ser mantido como forma de direcionamento durante todo esse processo, no intuito de levar à parturiente e o acompanhante a uma melhor maneira de lidar com essa dor.

ARTIGO 3

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado.

Ano da publicação: 2019

RESUMO: Introdução: A conscientização das gestantes é fundamental para experiências positivas de parto. Objetivo: Avaliar o grau de conhecimento das gestantes em dois serviços públicos sobre parto humanizado. Caracterizar epidemiologicamente a população estudada. Métodos: Estudo descritivo realizado entre julho e agosto de 2017. Amostra com 297 gestantes foram selecionadas 200 após aplicação dos critérios de exclusão. Utilizados testes estatísticos de associações de variáveis (Qui-quadrado e Exato de Fisher). Resultados: A média de idade das gestantes foi 26,6 anos. A maioria era procedente do interior do estado (72,5%), com renda até um salário mínimo (90,5%), e com mais de oito anos de estudo (62,5%). 71% iniciaram pré-natal até o primeiro trimestre e o pré-natal foi conduzido por médico em 72% dos casos. 71% preferiam parto normal e 44% tinha medo de cesárea. Profissional pré-natalista não ofereceu informações para 66,5%. 30,5% conhecia parto humanizado, destas 83,6% apresentaram conceito adequado. Houve associação entre conhecimento sobre parto humanizado e procedência (Aracaju) ($p=0,03$), maior renda ($p=0,02$), menor ocorrência de aborto ($p=0,04$), médico pré-natalista ($p=0,04$) preferência pelo parto vaginal ($p=0,04$). Dentre as que não conheciam o parto humanizado houve associação de respostas corretas com a maior renda ($p=0,03$) e anos estudados ($p=0,02$) e médico pré-natalista ($p=0,01$). Conclusão: A maioria desconhecia o parto humanizado, era procedente do interior com menor renda, preferência por parto normal, sem informações quanto aos tipos de parto pelo profissional executante (na maioria médicos), quem conhecia adequadamente. Conceitos adequados sobre parto humanizado mesmo na ausência de informação prévia associaram-se às variáveis socioeconômico e pré-natal.

Palavra chave ou descritores: Parto humanizado; gestantes; parto obstétrico; conhecimento; humanização da assistência.

<i>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</i>
Local do estudo: Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
Tipo de método do estudo: Estudo descritivo realizado entre julho e agosto de 2017.
Amostra: 297 gestantes foram selecionadas 200 após aplicação dos critérios de exclusão. Utilizados testes estatísticos de associações de variáveis (Qui-quadrado e Exato de Fisher).
CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC A conscientização das gestantes é fundamental para experiências positivas de parto.
<i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i>
EXTRAÇÃO DOS DADOS
<p>* Houve falha no processo de informações quanto ao parto por parte do profissional executante do pré-natal, parte das mulheres (63,5%) relatou não ter recebido nenhuma informação com relação aos tipos de parto. A maioria (58%) das gestantes entrevistadas afirmou possuir medo das dores vivenciadas por um parto normal. O desejo por uma cesariana é fortalecido pelo medo e desinformação. Em concordância com essa afirmação, à literatura mostra que o temor da dor do parto depende de como as gestantes foram conduzidas durante o acompanhamento do pré-natal.</p> <p>*O mesmo estudo analisou informações que as gestantes tinham sobre os tipos de parto: Mais da metade desconheciam 118 (59%). Com relação ao parto humanizado, (30,5%) gestantes tinham conhecimento prévio, pois “ouviram falar” sobre.</p> <p>*Quanto as gestantes que buscaram informação sobre os tipos de partos isso ocorreu em 41% dos casos, contra 55% das que não buscaram.</p>

ARTIGO 4
<i>DADOS DA PUBLICAÇÃO</i>
Título do artigo: Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante.
Ano da publicação: 2019
RESUMO: Objetivo: Compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante. Métodos: Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, em São Luís/MA, com gestantes que realizavam o pré-natal. Para análise dos depoimentos utilizou-se o referencial teórico Empowerment.

<p>Resultados: As orientações fornecidas pelos enfermeiros fazem alusão a muitos aspectos da gravidez, porém não evidencia que as gestantes se utilizaram das informações para alcançar o empoderamento no parto. Ademais, não se identificou a realização de ações educativas que visem à obtenção do empoderamento. Conclusão: As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao empoderamento caracterizam-se como práticas fragmentadas, refletindo ausência de diálogo entre gestante e profissional e não oferecendo o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina.</p>
<p>Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Cuidado Pré-Natal/tendências , Saúde da Mulher , Cuidados de Enfermagem , Educação em Saúde , Parto Humanizado , Direitos Sexuais e Reprodutivos/educação.</p>
<p><i>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</i></p>
<p>Local do estudo: São Luís – Maranhão</p>
<p>Tipo de método do estudo: Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa</p>
<p>Amostra: 18 gestantes que realizavam o pré-natal</p>
<p>CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC</p> <p>Relação entre informações recebidas dos profissionais enfermeiros e o empoderamento da gestante frente ao conhecimento prévio.</p>
<p><i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i></p>
<p>EXTRAÇÃO DOS DADOS</p> <p>*(Re)construindo caminhos em busca do empoderamento: Diante dos relatos, ficou perceptível a influência que a assistência pré-natal pode exercer na autonomia para o parto natural e no conhecimento das gestantes sobre os direitos do período gravídico-puerperal. Essa autonomia está relacionada com as orientações e as estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais.</p> <p>*Os relatos a seguir contextualizam o que as gestantes vislumbram de um pré-natal realizado de forma qualificada: “Pra mim, eu considero importante por causa que se você não faz, não vai saber se ta bem o seu bebê... no começo da gestação você tem que fazer os exames tudinho... por isso eu acho importante”. “É importante, né, porque a gente acompanha desde o começo o neném, pra saber se ta tudo normal”.</p> <p>*Outros relatos relacionam a importância do pré-natal com o trabalho de parto e parto, acreditando ser possível ter um parto calmo e seguro a partir dos cuidados executados: “Sim, é importante porque a gente vai saber (...) como vai ser o parto, se vai ser um parto tranquilo, um parto complicado”. “Pra mim é importante porque é minha primeira gestação, e ele traz</p>

todos os conhecimentos que uma gestante precisa pra poder ter uma gestação saudável, pra poder ter um parto saudável”. “É importante sim, porque é muito complicado a gente ir pra uma maternidade sem ter feito o pré-natal. Porque corre o risco deles não atenderem a gente. Por isso faço tudo direito”.

*Ao questionar as gestantes sobre o esclarecimento de suas dúvidas durante o pré-natal, a maioria relatou que o enfermeiro é o principal responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto, como podemos verificar nas falas seguintes: “Ela sempre tira todas as minhas dúvidas”. “Muitas coisas eu não sabia, mas eles [os enfermeiros] estão me esclarecendo tudo”.

*Assumindo a direção ofensiva: No que se refere ao processo de parturição, existe uma múltipla gama de alternativas à disposição da gestante que deve ser-lhes apresentada na assistência pré-natal para que ela possa baseada em evidências científicas e nos seus direitos, discutir e decidir junto com o profissional por aquilo que a deixará mais tranquila e segura.

*Apesar da maioria das participantes deste estudo optar pelo parto normal, acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto. Isso possibilita a diminuição ou perda da autonomia da mulher nesse evento, as quais podem ficar submissas à decisão tomada pelo profissional que lhes assiste no pré-natal ou ainda, demonstrarem-se desinformadas a respeito das inúmeras vantagens do parto normal, como podemos ver nos relatos: “Eu preferia cesárea, mas to achando que vai ser normal mesmo, porque a enfermeira disse que ta tudo bem comigo e com o bebê”. “Vou fazer cesárea porque vou ligar pra não ter mais [filhos]”. “Vou querer cesárea, tenho medo de ter normal”.

*Ao serem questionadas sobre a capacidade de escolher a melhor posição durante o processo de parturição natural, verificou-se nas falas de algumas depoentes um discurso de inépcia para assumir a melhor posição no processo de trabalho de parto e parto: “Quando a gente chega lá, eles colocam a gente naquela maca de perna pra cima, e acho que essa é a posição correta. Por isso não me sinto capaz”. “Eu não me sinto, porque não tenho conhecimento disso, só sei do parto que a gente deita a cama e fica sentindo dor”.

*Quando questionadas sobre o que sabiam a respeito dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, a maioria das gestantes apresentou desconhecimento sobre o tema, como pode ser visto nas falas a seguir: “Eu só sei o que minhas amigas me falaram, que eles dão uma injeção para dar mais força pra mulher. Aí se não tiver muita passagem, eles cortam pra

poder o bebê passar”. “Eu sei o que passei da minha experiência anterior, que me deixaram numa sala sentindo dor e fizeram o teste pra saber se tava na hora”.

ARTIGO 5

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento

Ano da publicação: 2018

RESUMO: Objetivo: analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica. Método: revisão integrativa, com coleta de dados nas bases de dados Web of Science, CINAHL, Scopus, MEDLINE, LILACS e a biblioteca virtual SciELO, com artigos dos últimos cinco anos, em idioma inglês, espanhol e português, obtendo 13 artigos selecionados que foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. Resultados: foram identificadas as seguintes categorias <<Violência obstétrica tipologia, definições, legislação>>; <violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica>>; <violência obstétrica na percepção das usuárias>>. Conclusão: a violência obstétrica está inserida com as práticas dos profissionais de saúde, como a episiotomia, a manobra de kristeller, a medicalização do parto, e o cuidado no contexto do processo de nascimento deve ocorrer de forma respeitosa e, assim, enfrentar atos de violência. Desse modo, o estudo contribui para o conhecimento acerca das práticas desrespeitosas com a mulher no contexto da parturição.

Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Trabalho de Parto , Saúde da Mulher , Parto Humanizado , Parto , Direitos Sexuais e Reprodutivos , Violência contra a Mulher , MEDLINE.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Local do estudo: Rio de Janeiro – Brasil

Tipo de método do estudo: Revisão integrativa

Amostra: 13 artigos selecionados que foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo

CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC

Conhecimento acerca das práticas consideradas violência obstétrica.

CATEGORIZAÇÃO POR CORES

EXTRAÇÃO DOS DADOS

*Em um estudo com puérperas, foi observado que 51% das mulheres analisadas foram submetidas à cesárea, uma proporção quase duas vezes e meia maior que o índice de 15% estipulado pela Organização Mundial da Saúde e que, dessas, 24,5% não puderam ficar com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em desacordo com a Lei n. ° 11.108/2005. Esse fato rompe com os direitos sexuais, reprodutivos e humanos no parto e nascimento e com as expectativas das mulheres quanto ao seu direito de escolha.

*Outro estudo demonstrou que 49,4% das mulheres manifestaram algum tipo de trato desumano por parte dos profissionais de saúde, com práticas de descuido para a mulher expressando condutas de violência obstétrica, com 66,8% de mulheres submetidas a procedimentos médicos sem o seu consentimento; 36,7% perceberam que foram violentadas e 20,5% não reportaram ter sofrido algum tipo de prática violenta durante a sua assistência. Com relação tipo de trato desumano, 23,8% relataram que foram impedidas de ter contato com o recém-nascido e 21,6% receberam críticas por chorar e gritar durante o trabalho de parto; 19,5% sentiram que era impossível manifestar suas ansiedades e inquietações com medo de represálias.

*Ao relacionar o tipo de violência com o seu causador, observou-se que, para todos os tipos, a enfermeira foi vista como a causadora de maior frequência e, em segundo lugar, o médico.

*Em outro estudo, foi observado que as mulheres percebem como desnecessários os exames vaginais repetitivos e a episiotomia e consideram essa prática desconfortável e desumana. Já a cesariana é vista como antinatural por elas, que acreditam que esse procedimento vem sendo utilizado de forma indiscriminada.

ARTIGO 6

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem

Ano da publicação: 2017

RESUMO: Objetivo: identificar o conhecimento de puérperas sobre a episiotomia e como se deu a realização dessa prática no parto. Método: trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital no Rio Grande do Sul. As informantes foram oito puérperas que vivenciaram o parto vaginal com episiotomia. Na coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada com posterior análise temática. Resultados: apontam para a falta de esclarecimento e o desconhecimento das

participantes quanto ao termo episiotomia, fatores que podem influenciar o evento do parto e, ainda, a violência de gênero que ocorre nas instituições de saúde, como a violência obstétrica, a qual está perpetrada nas maternidades e, muitas vezes, não é percebida por quem as pratica e, também, por quem sofre essa violência. Conclusão: Foi possível perceber que as participantes possuem poucas informações sobre a episiotomia e notou-se que o desconhecimento das mulheres sobre essa prática é fator que contribui para a realização rotineira desse procedimento.

Palavra chave ou descritores: Feminino , Humanos , Episiotomia , Parto Humanizado , Enfermagem , Parto.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Local do estudo: realizada em um hospital no Rio Grande do Sul – Brasil

Universidade Federal de Santa Maria/BR

Tipo de método do estudo: Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa

Amostra: Oito puérperas que vivenciaram o parto vaginal com episiotomia

CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC

Conhecer o grau de conhecimento das mulheres acerca do processo de episiotomia.

CATEGORIZAÇÃO POR CORES

EXTRAÇÃO DOS DADOS

* Conhecimento das puérperas acerca da episiotomia no parto: o cortezinho lá embaixo: Os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, devem prestar um cuidado centrado nas necessidades individuais de cada mulher. Estes devem fornecer orientações, esclarecer dúvidas, bem como acolher, aconselhar sobre as práticas cabíveis em cada caso e auxiliar no processo parturitivo. É preciso garantir acesso à informação correta e em linguagem adequada, garantindo qualidade de assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério.

*Percebe-se nas falas a seguir o desconhecimento das participantes quanto ao termo episiotomia: “[...] episiotomia? Nunca ouvi falar[...]”. “[...] eu não faço a mínima ideia do que seja isso [...]”. “[...] não sei o que é essa palavra [...]”.

* Uma vez que a assistência e o empoderamento da mulher iniciam-se no pré-natal com ações educativas e escuta qualificada com o objetivo de acrescer subsídios sobre o ciclo gravídico- puerperal e valorizar as experiências de vida das usuárias e o seu próprio conhecimento sobre o corpo para a busca de autonomia. Sendo assim, compete aos profissionais de saúde a reflexão acerca da assistência pré-natal e a busca de elementos que subsidiem o planejamento, a implementação e avaliação de seus cuidados a fim de atingir um patamar de qualidade.

* Fica evidente, no estudo, o desconhecimento das mulheres acerca do próprio corpo e do processo fisiológico do parto, visto que compreendem a prática da episiotomia como um corte facilitador para a passagem do bebê e relacionado à evolução da dilatação uterina. Percebe-se, também, que a cultura familiar, em que os conhecimentos são repassados por meio de conversa informal, influencia na compreensão das mulheres e as faz acreditar que a episiotomia é necessária para boa evolução do parto.

* Percebeu-se nos relatos que há um reconhecimento, por parte de algumas participantes, quanto a práticas desnecessárias ainda realizadas rotineiramente no parto, porém não há movimento ativo delas para se opor a essa prática: “[...] Só que como ele [o bebê] é pequenininho, não teria necessidade disso [...]”. “[...] eu li na internet que hoje em dia é errado o pique, que não pode mais também ninguém vir para cima da tua barriga e empurrar, que é tudo contra hoje em dia [...]”.

ARTIGO 7

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres

Ano da publicação: 2017

RESUMO: Objetivou-se caracterizar os desejos e expectativas de gestantes descritos em um plano de parto. Estudo descritivo exploratório, tendo como instrumento o plano de parto da caderneta da gestante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Fizeram parte do estudo 84 gestantes em acompanhamento pré-natal, no período de março a novembro de 2014. Os resultados evidenciaram que, das 84 mulheres, 71 indicaram o marido como acompanhante de sua escolha, 68 gostariam de fazer uso do banho de chuveiro/banheira para aliviar as dores, enquanto 23 referiram o uso de anestesia. Assim, foi possível conhecer as principais escolhas relativas ao processo parturitivo. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar informações que contribuam para a tomada de decisão da mulher. Acredita-se que, ao adquirir conhecimento e receber estímulo da equipe de saúde, a gestante realizará escolhas informadas e se aproximará de um atendimento qualificado e humanizado.

Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Tomada de Decisões , Parto Humanizado , Serviços de Saúde Materna , Bem-Estar Materno , Saúde Materno-Infantil , Enfermagem Obstétrica , Participação do Paciente.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Local do estudo: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG/BR
Tipo de método do estudo: Estudo descritivo exploratório, tendo como instrumento o plano de parto da caderneta da gestante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Amostra: 84 gestantes em acompanhamento pré-natal, no período de março a novembro de 2014.
CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC Desejos e expectativas das gestantes, um ponto importante para a humanização do parto.
<i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i>
EXTRAÇÃO DOS DADOS
* Ao se tratar da presença do acompanhante, todas as mulheres expressaram o desejo de serem acompanhadas durante seu trabalho de parto e parto.
* Apesar de as evidências não demonstrarem benefícios, a posição supina foi a mais expressa nos planos de parto, por ainda ser considerada culturalmente a mais apropriada pelas mulheres e por alguns profissionais da saúde, visto que, no Brasil, mais de 90% das mulheres ainda escolhem parir nessa posição. Não obstante, pesquisas indicam que instituições de saúde nacionais têm oferecido outras possibilidades de posições que não a supina para parir. Isso é fortalecido quando há a presença de enfermeiros-obstetras, pois se trata de profissionais comprometidos com os princípios da humanização.
*Do total das mulheres participantes, mais da metade desejou que seu companheiro cortasse o cordão umbilical após o parto.
* Para tomar decisões referentes a um momento tão singular em sua vida, a mulher necessita obter um conhecimento prévio sobre o assunto. Dessa forma, cabe aos profissionais da atenção primária à saúde, durante o pré-natal, fornecer informações à mulher não somente a respeito da gestação, mas também sobre todo o processo parturitivo. Um dos recursos que podem ser utilizados por esses profissionais é a roda de conversa sobre plano de parto, utilizada nesta pesquisa.

ARTIGO 8

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: a percepção das parturientes.

Ano da publicação: 2016

RESUMO: Este estudo teve como objetivo mapear as percepções das parturientes em relação à episiotomia sofrida com, ou sem seu conhecimento e consentimento e suas consequências no pós-parto. Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva qualitativa com 50 parturientes. Em 76,27% (n=45) foram submetidas à episiotomia sem o consentimento ou conhecimento prévio. Emergiram durante a entrevista fatores como grau de conhecimento e de orientação antecipada sobre o procedimento; possíveis complicações e cuidados após o parto; reação emocional e equipe de saúde frente a tal situação. As parturientes que só realizaram partos normais em todas as gestações predominaram com 52% (n=26) com faixa etária de 18 a 25 anos. Observou-se uma notória insatisfação das entrevistadas enquanto pacientes. As falas sugerem que a realização da episiotomia representou uma violação dos direitos sexuais, reprodutivos e emocionais das mesmas.

Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Adulto , Sistema Único de Saúde , Gestantes , Episiotomia , Parto Humanizado , Humanização da Assistência.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Local do estudo: Centro Universitário Campos de Andrade/BR / Universidade Tecnológica Federal do Paraná/BR

Tipo de método do estudo: Pesquisa do tipo descritiva qualitativa

Amostra: 50 parturientes

CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC

Percepção das parturientes em relação ao uso da episiotomia, um procedimento intervencionista.

CATEGORIZAÇÃO POR CORES

EXTRAÇÃO DOS DADOS

*Sobre o grau de conhecimento e de orientação sobre o procedimento, as parturientes manifestaram que a episiotomia não é algo citado pelo médico ou pela equipe de saúde como método opcional, bem como não é apresentada adequadamente antes de efetua-lo. Sendo possível identificar que as mulheres não conhecem o procedimento e que a episiotomia foi realizada sem informação e sem autorização das mesmas.

*São responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem, de acordo com a Resolução número 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem Art. 18, respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar. Ainda, o Art. 21 cita

proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

ARTIGO 9

DADOS DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo: Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto.

Ano da publicação: 2015

RESUMO: O uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor da parturiente aumenta a tolerância à dor, possibilitando benefícios para a maioria das mulheres e participação no processo parturitivo. Essas práticas têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções e cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos. Avaliar o conhecimento das puérperas de maternidade filantrópica em relação aos métodos de alívio da dor, verificar sua opinião e identificar a técnica mais aplicada foram os objetivos deste estudo quantitativo, com participação de 120 puérperas. As entrevistas foram realizadas durante a internação no alojamento conjunto, em fevereiro e março de 2012, e abordaram questões referentes ao perfil sociodemográfico e aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. Os resultados mostram que esse grupo é caracterizado por mães jovens, primíparas, com união estável, com escolaridade média, na maioria desempregadas, com predomínio do desfecho de parto vaginal. O conhecimento dos métodos durante todo o período gravídico é deficiente, pois somente 23% das mulheres conheciam alguma técnica para aliviar a dor no parto. A opinião delas sobre a aplicação desses métodos foi relatada com sentimentos ambíguos de alívio e intensificação da dor, porém favoreceu a evolução do trabalho de parto, pela rapidez e eficiência. A técnica mais utilizada e considerada efetiva e confortável foi o banho de chuveiro. Este estudo evidenciou que o foco da deficiência de conhecimento sobre tais métodos não está na maternidade, mas sim no pré-natal.

Palavra chave ou descritores: Humanos , Trabalho de Parto , Saúde Materno-Infantil , Parto Humanizado , Dor do Parto , Serviços de Saúde Materna , Enfermagem Obstétrica.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Local do estudo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / Brasil

Tipo de método do estudo: Estudo quantitativo

Amostra: 120 puérperas
CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC Durante o pré natal dentre todas as informações necessárias para a gestante, encontra-se também a questão de analgesia para parto normal.
<i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i>
EXTRAÇÃO DOS DADOS *Os resultados revelaram que 23,3% das mulheres entrevistadas diziam saber sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e 76,7% delas desconheciam esses métodos, fato que demonstra deficiência sobre os métodos não farmacológicos no alívio da dor (MNFAD). * Neste estudo, os dados mostram que o enfermeiro foi o profissional que mais orientou as parturientes sobre adotar alguma técnica para alívio da dor, aparecendo em 61% das respostas das mães, sendo que 21% delas foram orientadas por médicos e 10% por outros profissionais.

ARTIGO 10
<i>DADOS DA PUBLICAÇÃO</i>
Título do artigo: Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul.
Ano da publicação: 2020
RESUMO: RESUMO Objetivo refletir acerca da atuação do enfermeiro obstétrico na atenção à mulher durante o processo parturitivo, sob a perspectiva teórica das Epistemologias do Sul. Método trata-se de estudo do tipo reflexivo, com base em uma revisão narrativa da literatura. Resultados após leitura e análise crítica dos documentos selecionados, e com base no referencial teórico das Epistemologias do Sul, emergiram dois eixos temáticos para reflexão, sendo eles Descolonização do saber atuação do enfermeiro obstétrico na reorientação do modelo de atenção à mulher durante o processo parturitivo; e O pensamento pós-abissal e a ecologia dos saberes versus práticas humanizadas de atenção ao parto e nascimento. Conclusão e implicações para a prática o enfermeiro obstétrico contribui para a valorização do conhecimento de grupos sociais poucos expressivos (minoritários), oprimidos ante à hegemonia de um modelo assistencial. Sua postura profissional busca a integração de distintos conhecimentos. A reflexão sobre a assistência da enfermagem obstétrica na perspectiva das Epistemologias do Sul poderá suscitar a discussão sobre as práticas

obstétricas vigentes de modo a propulsionar a adoção de cuidados qualificados e humanizados na atenção à mulher durante o parto.
Palavra chave ou descritores: Humanos , Feminino , Gravidez , Prática Profissional , Assistência Integral à Saúde , Conhecimento , Parto , Enfermeiras Obstétricas , Parto Humanizado , Saúde Materna.
<i>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</i>
Local do estudo: Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Brasil
Tipo de método do estudo: Estudo do tipo reflexivo, com base em uma revisão narrativa da literatura.
Amostra: Resultados após leitura e análise crítica dos documentos selecionados.
CORRELAÇÃO DO ESTUDO COM O TCC A postura do profissional frente a integração de distintos conhecimentos para as práticas obstétricas vigentes de modo a propulsionar a adoção de cuidados qualificados e humanizados na atenção à mulher durante o parto.
<i>CATEGORIZAÇÃO POR CORES</i>
EXTRAÇÃO DOS DADOS *Um cuidado baseado em evidências científicas que sustentam a ciência da enfermagem, mas que, sobremaneira, se faz pautado na individualidade e singularidade feminina, valoriza o protagonismo da mulher e permite a interlocução da assistência ante a crenças e valores culturais da parturiente. *Ressalta-se a atuação do enfermeiro obstetra no empoderamento da mulher durante o parto e na implementação de práticas integrativas, como as de medidas não farmacológicas para alívio da dor, a exemplo da livre deambulação e escolhas de posição, aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, presença de acompanhante ou de doula, técnicas de respiração, banho de chuveiro morno, massagem e utilização de recursos tecnológicos não invasivos.

APÊNDICE B - Estudo aceito para publicação na Revista de Divulgação Científica Caminhos edição ano 11 de 2020, da UNIDAVI, por meio do dossiê com temática especial da área da saúde.

O PROCESSO DE PARTURIÇÃO HUMANIZADO SEGUNDO A REVISÃO NA LITERATURA¹

Carolina Tomedi de Oliveira²
Thayse Rosa³

RESUMO

Conhecer os direitos e o processo de parturição é muito importante para informação das diversas áreas que circulam a parturiente, como a família, marido e profissionais, que possam ter o entendimento de que o papel da parturiente não se restringe apenas a fazer força durante o trabalho de parto, tendo em vista que os sentimentos da parturiente podem interferir diretamente no processo. A presente pesquisa circunda identificar através da revisão na literatura das bases de dados de 2015 a 2020 se o nível de conhecimento prévio da parturiente interfere no trabalho de parto. Este trabalho se refere a uma pesquisa bibliográfica, que busca apresentar as contribuições em reconhecer os métodos humanizados de atendimento no processo de parturição a fim de explicar os meios para profissionais, gestantes e parturientes.

Palavras-chave: Conhecimento. Parto humanizado. Pré-natal.

ABSTRACT

Knowing the rights and the process of the parturition process is very important for informing the various areas that circulate the parturient, such as family, husband and professionals, who may have the understanding that the parturient's role isn't restricted only to push during labor. Bearing in mind that the parturient's feelings can directly interfere in the process. This research involves identifying through the literature review of the databases from 2015 to 2020 if the level of prior knowledge of the parturient interferes with labor. This work refers to a bibliographic research, which seeks to present the contributions to recognize the humanized methods of care in the parturition process in order to explain the means for professionals, pregnant women and parturients.

Descriptors: Knowledge; humanized birth; prenatal.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem o objetivo de reconhecer as informações que as parturientes recebem a respeito do trabalho de parto, como são as orientações adequadas para informá-las, analisar seus direitos e conhecer suas expectativas, bem como as condutas dos profissionais de enfermagem na assistência e a humanização no atendimento às gestantes que estão diretamente interligados no processo de pré-natal e intraparto, sendo um fator determinante para desfechos maternos e neonatais satisfatórios. Essa é uma pesquisa destinada à profissionais e estudantes da área da saúde, gestantes, acompanhantes e público em geral.

Entende-se que as parturientes têm muita insegurança ao processo de parturição pelo fato de serem pouco orientadas no pré-natal pela equipe que a acompanhou, por terem uma rede de atendimento ineficaz quanto a humanização, onde as escolhas e os sentimentos das mulheres grávidas não são colocados como parte importante do processo, assim essas mulheres ao buscarem apoio no meio social em que vivem acabam tendo contato com experiências de outras mulheres que a deixam amedrontadas. E é com medo, insegurança e falta de informação que essas mulheres chegam às unidades de atendimento obstétrico e muitas vezes são mal compreendidas pelos profissionais, os quais estão trabalhando de modo automático e para eles cada paciente é apenas mais uma, deixando de levar em consideração os sentimentos da parturiente que está vivendo um momento único em sua vida, sentimentos esses ligados ao nível de informação que elas têm. Se ao longo da gestação elas não foram bem orientadas, cabe ao profissional do centro obstétrico investir alguns minutos em um diálogo esclarecedor com essa paciente, tornando assim o processo mais fácil e humanizado. As parturientes não possuem voz e opção de escolha durante o processo de parturição em atendimentos públicos, uma boa orientação e conhecimento dos seus direitos é o mínimo que elas merecem receber.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico

O parto é uma experiência importante para a mulher pelo seu potencial transformador. Este momento é um marco entre o bebê na barriga e o bebê nos braços na mãe. Quando vivenciado plenamente, o parto, se torna como marco entre ser filha e tornar-se mãe. O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou a ser uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015).

Nos últimos anos, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada à mulher foi se tornando cada vez mais restrita. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto (SANTOS, 2019).

As parteiras além da atenção ao parto, na maioria das vezes cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade, assim como dos cuidados com o recém-nascido (PALHARINI e FIGUEIROA, 2018).

A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto. A mudança de concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis. No início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento do cirurgião na assistência ao parto e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição. Juntamente com a cesariana, surge a medicalização do parto como o uso da anestesia. Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde. A partir da década passada, o Brasil passou a distribuir um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, sendo os Centros de Parto Normal (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015).

A parturição, antes uma experiência vivida por mulheres entre mulheres, migrou para o ambiente hospitalar na tentativa de assegurar parto e nascimento saudáveis, o que implicou em mudanças e redefinição de papéis, inclusive da gestante e sua família. Essa nova perspectiva não correspondeu às demandas das mulheres no processo de parturição, e a morbimortalidade materna e neonatal ainda mantém taxas elevadas tendo como contrapartida um número

expressivo de mortes maternas e neonatais, sendo evitáveis por ações de atenção ao pré-natal, ao parto e/ou ao nascimento. Não há tantas barreiras entre os diferentes modelos e muitos profissionais de saúde transitam de um lado para outro entre elas. Alguns tecnocráticos estão incorporando elementos do humanismo e começando a incorporar elementos holísticos por meio da prática. Um importante elemento organizador e estruturante para efetivar a mudança de modelo obstétrico e neonatal refere-se ao reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis, e a decisão política de enfrentá-la nas instituições (BRASIL, 2014).

2.2 Modelos assistenciais

Os modelos assistenciais são classificados em modelo Tecnomédico ou Biomédico: separação corpo-mente, corpo como máquina, paciente como objeto, um sistema dirigido pelo lucro e intolerância a outras modalidades. Modelo Humanista: conexão corpo-mente, corpo como organismo, paciente como sujeito relacional, conexão e carinho entre médico e paciente, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente, ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo. Modelo Holístico: corpo-mente e espírito, corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia, cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo, ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo, focalização, a longo prazo, na criação, manutenção da saúde e do bem-estar (BRASIL, 2014).

Quando se adotam novas técnicas e instrumentos na medicina, transforma-se tanto o saber médico, como também a forma de pensar das pessoas acerca da saúde, da doença e da atenção médica. Nesta perspectiva, a vida humana vai se encaixando de acordo com o desenvolvimento científico tecnológico. O impacto da tecnologia na vida humana não seria somente algo que transforma a realidade física, mas também aquilo que transforma e constrói a realidade social. Sendo urgente pensar e propor caminhos para a problemática que a tecnologia traz para o mundo contemporâneo. A cesariana seria a forma mais evidente de ilustrar que a mulher é submetida a uma cirurgia onde ela perde toda a autonomia enquanto sujeito, esse processo é fruto de uma sociedade tecnocrática (SILVA e TORTATO, 2018).

2.3 A busca pela humanização

A partir do ano de 2000 foi introduzida pelo Ministério da Saúde (MS), na política pública federal, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria/GM n 569, de 1/6/2000. Tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. A fim de realizar mudanças no sistema atual de atenção ao parto. Fundamenta a humanização como condição fundamental de acompanhamento adequado ao parto e puerpério. As unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e para isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais e da instituição a fim de oferecer um ambiente acolhedor com rotinas instituídas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Assim também evitando praticas intervencionistas desnecessárias que com frequência acarretam maiores riscos à mãe e ao bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Porém para que a humanização na atenção a nascimentos e partos se torne uma realidade cotidiana nos centros de serviços, ainda existem inúmeros e importantes desafios para a gestão do sistema. Um dos principais problemas é o preparo de profissionais dentro do modelo intervencionista. Por outro lado, o modelo assistencial do parto e puerperal, antes somente biomédico e intervencionista, nos dias atuais vem ganhando espaço aos poucos para uma assistência holística que valoriza o autocuidado, que é barato e humanizado (PEREIRA et al, 2018).

Segundo estudo realizado em um hospital público a fim de conhecer a percepção de puérperas acerca da atenção recebida durante a internação, as autoras DODOU, RODRIGUES e ORIÁ (2017), ressaltam que a satisfação das mulheres está associada principalmente a conseguir vaga para internação, a ser atendida sem demora, a receber um acolhimento de qualidade pelos profissionais e à rapidez do nascimento do bebê. A gestante vive uma insegurança pela possibilidade de falta de vagas na rede pública, que é somada à incerteza em relação à qualidade do atendimento.

Isso se deve à circulação de notícias acerca das experiências de outras gestantes entre a população ou devido a experiências anteriores da própria mulher, que, quando negativas, fazem com que essas fiquem receosas diante do que vão vivenciar ou de alguns hospitais, tendendo a evitá-los se dispuserem de meios para tanto. Quando positivas, proporcionam sentimentos de segurança e confiança, provocando todo um movimento de busca por alguma garantia de vaga naquele determinado local. A mulher deve então ser acolhida pelos profissionais não só durante o acesso e a admissão à maternidade, mas sim em toda assistência que recebe no decorrer da

internação. Para a promoção de uma assistência humanizada é necessário que a equipe de saúde saiba ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando assim sua história de vida, e os aspectos sociais, psicológicos e emocionais envolvidos, que podem influenciar de modo significativo a sua vivência no parto normal (DODOU, RODRIGUES e ORIÁ, 2017, p225).

Para MEDONÇA (2015), há mulheres que defendem a cesárea e que enfatizam o desenvolvimento técnico como ponto positivo e determinante. Assim, sentem-se seguras em passar pelo procedimento, vendo uma série de vantagens deste sobre o parto normal, tais como evitar as dores do parto e a possibilidade de previsibilidade do evento. Trazendo a visão de que o que era ruim há 40 anos atrás, como alto índice de contaminações e mortalidade pela cesárea, sendo que hoje os médicos cesaristas tornam-se cada vez mais especialistas realizando o procedimento com maestria.

Na configuração temporal e geográfica do problema, a OMS (2018) ressalta que o índice de partos por cesárea era de 6%, em 1980, triplicando para 18,6% em 2016, que é referenciado como ano base para a análise mais recente das estatísticas internacionais sobre o tema. Na Europa, o índice elevou-se de 15% há 20 anos para 25%, ou seja, um quarto de todas as crianças nascidas vivas. Nos Estados Unidos atualmente cerca de 33% dos partos recorrem ao uso de cirurgias. Trata-se assim de uma medida de exceção que, infelizmente, agora está assumindo a indicação de uma regra geral (BATISTA FILHO e RISSIN, 2018).

A prevalência da cesariana no Brasil é próxima de 90%. Nenhum desses países possui uma prevalência de cesarianas tão alta quanto a do setor privado de saúde no Brasil. Desse modo, não há razões clínicas que justifiquem uma prevalência de 90% de cesarianas (TORRES, 2014).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seja de 10% a 15%. Em 2016, o Sistema Único de Saúde – SUS, realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS (2018), o País detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%. Desde que a parturiente tenha um bom prognóstico a primeira recomendação é o parto normal, quando esse não for possível de realizar por motivo de alguma complicação tanto para a mãe e para o recém-nascido a via recomendada será a cesárea. E por fim “todos nós temos de atender a expectativa das parturientes; afinal são elas as protagonistas” (FEBRASGO, 2018).

A OMS emitiu em 2018 a versão mais atualizada com as novas 56 recomendações para estabelecer padrões assistenciais para mulheres em boas condições gestacionais, no processo de parturição e visando a redução de intervenções médicas desnecessárias.

As consultas técnicas da OMS levaram a 56 recomendações sobre cuidados intraparto: 26 destes são recomendações recém-desenvolvidas e 30 são recomendações integradas a partir de Diretrizes da OMS. Essas recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de atendimento intraparto ao qual são relevantes, a saber, cuidados durante o trabalho parto, cuidados durante a primeira etapa do trabalho de parto, cuidados durante o segundo estágio do trabalho de parto, os cuidados durante a terceira etapa do trabalho de parto, atendimento imediato ao recém-nascido, e atendimento imediato à mulher após o nascimento (OMS, 2018, p2).

A FEBRASGO traz como destaque algumas das 56 recomendações da OMS, sendo elas:

Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto; cuidados de maternidade respeitosos - que se refere aos organizados e fornecidos a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade; técnicas manuais, como massagem ou aplicação de bolsas de calor, são recomendadas às grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo de suas preferências (FEBRASGO, 2018).

Em todo o mundo, cerca de 140 milhões de nascimentos ocorrem todos os anos. A maioria ocorre sem complicações para as mulheres e seus bebês. No entanto, ao longo dos últimos 20 anos, os profissionais aumentaram o uso de intervenções que antes eram usadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações, como a infusão de ocitocina para acelerar o parto normal ou a realização de cesarianas. “O parto é um processo fisiológico normal que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e dos bebês. No entanto, mulheres grávidas saudáveis sofrem com intervenções clínicas durante o parto e nascimento” (COFEN, 2018).

O desejo da mulher por uma cesariana é sustentado pelo medo e pela desinformação. Muitas vezes, a gestante receia as consequências do parto vaginal por considerá-lo uma experiência arriscada. A mulher tem a ideia paradoxal de que o ato cirúrgico é um modo para evitar a dor. Além da desinformação, as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e as violências obstétricas transformam o que seria um acontecimento normal em um procedimento desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos, o que contribui para a aceitação e solicitação da cesariana (NASCIMENTO et al, 2015).

A escolha do tipo de parto é um dilema no final da gestação pois não é ofertado essa decisão para todas as mulheres. Tendo em vista que nas instituições privadas a opção está entre o parto cesárea e o parto vaginal. Mas o dilema está justamente naquelas mulheres em que não podem escolher (VENDRÚSCULO e KRUEL, 2015).

2.4 Tipos de parto

As opções estão entre o parto normal e a cesárea, tendo variações de parto normal. É direito da gestante escolher o seu tipo de parto e ter apoio adequado para analisar os riscos e benefícios de cada um. É obrigação ética e legal dos profissionais de saúde dar à mulher a oportunidade de participar como protagonista nas tomadas de decisões, oferecendo informações claras e completas desde o pré-natal a respeito do cuidado, dos tratamentos e das alternativas (NASCIMENTO et al, 2015). Apesar disso, essas tomadas de decisões ainda estão aquém do ideal, uma vez que há um questionamento crescente entre os profissionais obstetras, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e entre as próprias mulheres a deixar as posições horizontais tradicionais e adotar posições verticais, seja ajoelhada, sentada, em pé ou acocorada. Sabendo que as posições verticais são mais favoráveis para aceleração do trabalho de parto e mais fisiológicas para parir. A mulher deve ter liberdade de escolha para determinar o sucesso do seu parto e a qualidade da experiência, tanto para ela, quanto para o bebê (BRASIL et al, 2018).

Além dos partos hospitalares, sendo eles mais comumente o parto normal e a cesárea, existe a opção de parto domiciliar que é uma alternativa para muitas mulheres que não possuam algum fator de risco que as levariam à necessidade de buscar o ambiente hospitalar. Pode-se usar como exemplo a Holanda, onde o parto domiciliar faz parte do sistema nacional de assistência à saúde, e 30% destes, ocorrem no domicílio, geralmente com o auxílio de uma parteira profissional (BRASIL, 2014).

O parto normal precisa ser desempenhado sem a interferência de intercorrências ou procedimentos desnecessários ao longo do trabalho de parto propriamente dito, bem como no parto e pós-parto, assegurando a prestação de atenção frequente para garantia dos direitos, tanto da parturiente, quanto do recém-nascido, visando o bem-estar de ambos os envolvidos. O uso do fórceps obstétrico é realizado buscando encurtar o segundo estágio do trabalho de parto, quando ocorrem indicações. Foi produzido com o propósito de realizar partos vaginais em mulheres com fetos mortos ou sem chances de vida. As ações que podem ser exercidas pelo fórceps para finalizar o parto compreendem prensão, rotação e tração. Geralmente usado em casos de patologias maternas, sofrimento fetal e emergências (BRASIL et al, 2018).

Quando a mulher permanece em posições verticalizadas e se movimenta durante o trabalho de parto, há benefícios físicos e psicológicos: aumenta o senso de controle pela mulher e as contrações são mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina. Quando se oferecem diferentes possibilidades de

posição de parto para as parturientes, elas sentem-se fortalecidas em sua autonomia (NIY et al, 2019).

O parto de cócoras foi introduzido na cultura ocidental após a observação do processo de parturição de origem indígena, uma vez que as índias tinham seus filhos de cócoras sendo ajudadas pela ação da gravidade. Nesta forma de parto nem sempre é utilizado a episiotomia, pois acontece um favorecimento da musculatura vaginal. É a posição mais fisiológica favorecendo a liberdade para movimentação da pelve, melhor angulação para descida do feto e não comprime os grandes vasos abdominais, além de exercer pressão máxima abdominal, reduz trabalho muscular, relaxa o períneo e otimiza a oxigenação fetal (BRASIL et al, 2018).

A utilização da água durante o trabalho de parto e o parto é uma prática já muito antiga, registrada o seu emprego em muitas civilizações. A documentação do primeiro parto na água tem registro em 1803, na França, porém essa modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando uma banheira foi introduzida em uma maternidade. Alguns dos benefícios do parto na água são o aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento, maior mobilidade da mulher, diminuição da percepção dolorosa, contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical, redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de parto, da realização de cesariana, traumas perineais e de experiências traumáticas de parto (SCHEIDT e BRUGGEMANN, 2016).

Outra forma de parto vaginal é o Parto Leboyer ou parto sem violência onde reproduz o ambiente intrauterino, fazendo da sala de parto um ambiente na penumbra, em silêncio, com música suave e após o nascimento contato pele a pele, onde o recém-nascido é colocado em contato corporal com a sua mãe, afim de proporcionar aumento do vínculo afetivo entre ambos (BRASIL et al, 2018).

2.5 Pré-natal

O acompanhamento pré-natal compõe uma assistência às gestantes a fim de garantir melhores desfechos maternos e neonatais, dar assistência à evolução da gravidez, diagnosticar, tratar comorbidades e oportunidade de participar de ações de educação em saúde. Em 2015, cerca de 303.000 mulheres morreram de causas relacionadas à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nasceram mortos. Apesar desde indicadores, nas últimas duas décadas, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade durante a gravidez e o parto preveniu muitas destas mortes e doenças, bem como melhorou a experiência da gravidez. Ainda assim no mundo apenas 64% das mulheres recebem cuidados

pré-natais quatro ou mais vezes ao longo da gravidez. A humanização do cuidado pré-natal é prejudicada quando o processo de trabalho é focado na produtividade e em protocolos assistenciais, com consultas rápidas e superficiais, que valorizam mais as aferições e medidas do que o compartilhamento de conhecimentos e experiências. Nesse sentido a postura do profissional pode mudar este cenário, facilitando o acolhimento e potencializando as relações interpessoais entre os profissionais e a gestante (GONÇALVES et al, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4 mês de gestação, que no primeiro trimestre seja realizado no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal, no segundo trimestre 2 consultas e no terceiro trimestre pelo menos 3 consultas. O início precoce do acompanhamento pré-natal viabiliza o diagnóstico e tratamento de diversas patologias que podem interferir gravemente na saúde materna e fetal, além de estimar a idade gestacional com mais fidedignidade, o que propicia melhor monitoramento do crescimento e maturidade fetal (BRASIL, 2000).

Figura 1: 10 passos para um pré-natal de qualidade na atenção básica – Ministério da Saúde, 2012.

<p>1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)</p> <p>2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.</p> <p>3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.</p> <p>4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".</p> <p>5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.</p> <p>6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".</p> <p>7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.</p> <p>8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".</p> <p>9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).</p> <p>10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.</p>

Fonte: SC - Atualização em pré-natal para profissionais da atenção básica. 2014.

2.6 Direitos legais

A Lei nº. 11.108 de 7 de abril de 2005, passou a vigorar o direito da parturiente a um acompanhante escolhido por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS. Em janeiro de 2018 o governo de Santa Catarina

sancionou a lei 17.097 contra a violência obstétrica a fim de evitar diversos tipos de violência que as gestantes e parturientes passam com o objetivo de conscientizá-las para que conheçam seus direitos, obrigando hospitais, unidades de saúde e demais locais de atendimentos às gestantes e implementar medidas de informação com exposição de cartazes sobre o tema (BRASIL et al, 2018).

É direito das usuárias dos serviços de saúde receberem informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências, duração prevista do tratamento proposto, a necessidade ou não de anestesia e o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis, duração esperada do procedimento, exames e condutas, a finalidade dos materiais coletados para exame, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços e o que mais se julgar necessário (PARADA, 2019).

O Ministério da Saúde em parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO e a Organização Mundial da Saúde - OMS, têm recomendado o abandono do uso de rotina de muitos procedimentos, tais como: a realização de procedimentos como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos púbicos, imobilização das mulheres no leito, colocação de soro com ou sem ocitocina, aceleração do parto com ocitocina sem indicações clínicas, episiotomia que reconhecidamente, deve ser um procedimento a ser prevenido, a ginástica vaginal, evitar de mandar a mulher “fazer força” e a manobra de Kristeller (PARADA, 2019).

Em fevereiro de 2012, o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade publicou um modelo de Plano de Parto e Nascimento. O Plano do Parto e Nascimento influencia positivamente o trabalho de parto e sua finalização, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento (CORTÉS, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES

Conhecer os direitos e o processo adequado e humanizado do processo de parturição é muito importante para informação das diversas áreas que circulam a parturiente, como a família, marido e profissionais, que possam ter o entendimento de que o papel da parturiente não se restringe apenas a fazer força durante o trabalho de parto. O atendimento que as parturientes recebem dos profissionais faz parte de forma fundamental no atendimento humanizado, sendo

esses profissionais que a acompanham em todo o processo de parturição que irão marcar as suas vidas e o atendimento humano com embasamento técnico e científico farão toda a diferença nessa experiência. O acompanhante, sendo o marido ou qualquer outro familiar também possuem papel importantíssimo no processo de parturição e eles também merecem atenção quanto as orientações, a parturiente muitas vezes pelo momento de dor e ansiedade que está vivendo não possui uma capacidade integra de raciocínio e absorção de todas as informações, tornando assim o acompanhante responsável em ajudá-la, essa pessoa quando mal esclarecida pode ser um empecilho mas por outro lado quando bem orientada pode se tornar ajuda fundamental, tendo em vista que os sentimentos da parturiente podem interferir diretamente no processo.

4 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, jun. 2005. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci_arttext > Acesso em 09/Jul/2020.

BRASIL, Gisely; NEVES, Debora Costa.; MACIEL, Daniela Maristane Vieira Lopes; FIGUEREDO, Rogerio Carvalho de. **Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?** Scire Salutis, v.8, n.2, p.9-23, 2018. Disponível em < <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0002> > Acesso em 09/Jul/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: Versão resumida.** Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Humanização do Parto. Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília, 2000. Disponível em < <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> > Acesso em 01/Jun/2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Para frear cesáreas, OMS emite novas recomendações para grávidas saudáveis.** 06 Mar 2018. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/para-frear-cesareas-oms-emite-novas-recomendacoes-para-gravidas-saudaveis_60956.html > Acesso em 13/Jun/2020.

CORTÉS, María Suárez et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Murcia, Espanha. 2015. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf > Acesso em 09/Jul/2020.

DODOU, Hilana Dayana; RODRIGUES, Dafne Paiva; ORIÁ; Mônica Oliveira Batista. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev Fund Care Online**. Jan/Mar 2017. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230> > Acesso em 29/Jun/2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. 14 Mar 2018. Disponível em < <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,e%20morbidade%20materna%20e%20perinatal> > Acesso em 13/Jun/2020.

GONCALVES, Mariana Faria et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063> > Acesso em 01/Jul/2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> > Acesso em 09/Jul/2020.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas, **Rev. Ciênc. Soc.**, v. 15, n. 2, p. 250-271. Porto Alegre, Jun, 2015. Disponível em < <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899> > Acesso em 13/Jun/2020.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, p. 119-126, 2015. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496> > Acesso em 09/Jul/2020.

NIY, Denise Yoshie et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIROA, Silvia Fernanda de Mendonça. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, dez. 2018. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008> > Acesso em 08/Jun/2020.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72. Dez. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-72suppl301>>. Acesso em Set/2020.

PEREIRA, Ricardo Motta et al. **Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 11. Nov, 2018. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016> > Acesso em 13/Jun/2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde; Superintendência de Planejamento e Gestão; Diretoria de Planejamento; Controle e Avaliação do SUS; Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Atualização em pré-natal para profissionais da atenção básica**. Junho, 2014.

SANTOS, Amanda Basilio Bastos dos et al. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. **ABCS Health Sciences**. P 172 – 179. Aracajú, 2019. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1393>> Acesso em setembro 2020.

SILVA, Ana Claudia Coutinho da; TORTATO, Cintia de Souza Batista. O desenvolvimento da medicina obstétrica como um modelo tecnocrático no controle dos corpos femininos. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão**, v.3, n.1, Paranaguá PR, março de 2018. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/323833193_O_DESENVOLVIMENTO_DA_MEDICINA_OBSTETRICA_COMO_UM_MODELO_TECNOCRATICO_NO_CONTROLE_DO_S_CORPOS_FEMININOS/fulltext/5aadb1b0458515ecebe7d461/O-DESENVOLVIMENTO-DA-MEDICINA-OBSTETRICA-COMO-UM-MODELO-TECNOCRATICO-NO-CONTROLE-DOS-CORPOS-FEMININOS.pdf](https://www.researchgate.net/publication/323833193_O_DESENVOLVIMENTO_DA_MEDICINA Obstetrica_Como_Um_Modelo_Tecnocratico_No_Control_DoS_Corpos_Femininos/fulltext/5aadb1b0458515ecebe7d461/O-DESENVOLVIMENTO-DA-MEDICINA-OBSTETRICA-COMO-UM-MODELO-TECNOCRATICO-NO-CONTROLE-DOS-CORPOS-FEMININOS.pdf)> Acesso em 13/Jun/2020.

SCHEIDT, Tânia Regina; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2. 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002180015>> Acesso em 12/Set/2020.

TORRES, Jaqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>> Acesso em setembro 2020.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. *Disciplinarum Scientia. A história do parto: do domicílio ao hospital; Das parteiras ao médico; de sujeito a objeto*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>> Acesso em 08/Jun/2020.

WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em <http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf> Acesso em 13/Jun/2020. Tradutor Carolina Tomedi de Oliveira