PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Compreensão dos valores da humanização do parto e do nascimento*

DOI: http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n1.109229

1 Diego Pereira Rodrigues
2 Valdecyr Herdy Alves
3 Cristiane Cardoso de Paula
4 Bianca Dargam Gomes Vieira
5 Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa
6 Thalita Rocha Oliveira
7 Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Resumo

Objetivo: compreender os valores da humanização pelos profissionais de saúde na atenção do parto e do nascimento.

Materiais e método: estudo fenomenológico com a teoria de valores de Max Scheler. Foram entrevistados 48 profissionais de saúde em quatro maternidades da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Posteriormente à coleta de dados, foi realizada a análise com base na teoria de interpretação de Paul Ricoeur.

Resultados: foram observados carências e valores que mostram a necessidade de intervir na lógica assistencial no campo obstétrico, com práticas pautadas nas evidências científicas, as quais ampliem a humanização e estabeleçam uma atenção obstétrica mais benéfica para o binômio "mulher-criança".

Conclusões: a compreensão dos valores da humanização na atenção ao parto e ao nascimento constitui um ponto central para garantir uma mudança da forma de cuidar e reorganizar o modelo assistencial.

Descritores: Humanização da Assistência; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Obstetrícia; Centros de Saúde Materno-Infantil (fonte: DeCS, BIREME).

* Extraído da tese "Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades", apresentada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense, em 2019.

1 Universidade Federal do Pará (Belém, Pará, Brasil).
ORCID: http://orcid.org/0000-0001-8383-7663
Correio eletrônico: diego.pereira.rodrigues@gmail.com
Contribuição: concepção, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

2 Universidade Federal Fluminense (Niterói, Rio de Janeiro, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8671-5063
Correio eletrônico: herdyalves@yahoo.com.br
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

3 Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: ttps://orcid.org/0000-0003-4122-5161
Correio eletrônico: cristiane.paula@ufsm.br
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

4 Universidade Federal Fluminense (Niterói, Rio de Janeiro, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0734-3685
Correio eletrônico: biadargam@gmail.com
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

5 Universidade do Estado do Pará (Belém, Pará, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3938-5476
Correio eletrônico: aanafernandes20@gmail.com
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

6 Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3316-4880
Correio eletrônico: 15oliveira.thalita@gmail.com
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

7 Universidade Federal do Pará (Belém, Pará, Brasil).
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8151-3507
Correio eletrônico: fabiannesousa@hotmail.com
Contribuição: redação do artigo e revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.

Como citar: Rodrigues DP; Alves VH; Paula CC; Vieira BDG; Sousa AZSF; Oliveira TR; Sousa FJD. Compreensão dos valores da humanização do parto e do nascimento. Av. enferm. 2024;42(1):109229. http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n1.109229

Recebido: 30/05/2023
Aceito: 09/02/2024
Publicado: 11/02/2024

PRELIMINAR

ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Understanding the values of humanizing labor and birth

Abstract

Objective: To understand the values of humanization held by health professionals in labor and birth care.

Materials and method: Phenomenological study using Max Scheler's Theory of Values. Forty-eight health professionals at four maternity hospitals in the Metropolitan Region II of the state of Rio de Janeiro were interviewed. After collecting the data, an analysis was carried out based on Paul Ricoeur's Theory of Interpretation.

Results: There were shortcomings and values expressed, indicating the need to intervene in the logic of obstetric care through the implementation of practices based on scientific evidence, that increase humanization and establish more beneficial obstetric care, including non-pharmacological pain relief technologies.

Conclusions: Understanding the values of humanization in labor and birth care is essential to guaranteeing a change in the way care is provided and a restructuring of the care model.

Descriptors: Humanization of Assistance; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing; Obstetrics; Maternal-child Health Centers (fuente: DeCS, BIREME).

Comprender los valores de la humanización del parto y el nacimiento

Resumen

Objetivo: comprender los valores de humanización de los profesionales de la salud en la atención al parto y el nacimiento.

Materiales y métodos: estudio fenomenológico desarrollado en el marco de la teoría de los valores de Max Scheler. En total, 48 profesionales de la salud adscritos a cuatro centros de salud de maternidad en la Región Metropolitana II del estado de Río de Janeiro fueron entrevistados. Luego de la fase de recolección de datos, se realizó un análisis de la información con base en la teoría de la interpretación de Paul Ricoeur.

Resultados: se reportaron deficiencias y valores expresados que muestran la necesidad de intervenir en la lógica de la atención obstétrica mediante prácticas basadas en la evidencia científica, que permitan favorecer la humanización del cuidado, así como establecer prácticas de cuidado obstétricas más beneficiosas, implementando, por ejemplo, tecnologías no farmacológicas de alivio del dolor.

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Conclusões: comprender los valores de la humanización en la atención al parto y el nacimiento es fundamental para garantizar un cambio en la forma de prestar la atención y una reorganización del modelo asistencial.

Descritores: Humanización de la Atención; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Obstetricia; Centros de Salud Materno-Infantil (fuente: DeCS, BIREME).

Introdução

"Humanização" é uma terminologia que começou a ser discutida, especialmente, a partir dos anos 1980. Esse conceito vem ao encontro de tornar a pessoa mais humana, em dar condição de humanidade coerente com a solidariedade e com os valores da humanização, ou seja, a dignidade humana com respeito à sua subjetividade e particularidade (1). Essa nova terminologia vem à ruptura do modelo assistencial obstétrico, com a hegemonia do modelo tecnocrático da parturição, que estabelece a intervenção no corpo da mulher como função para o nascimento, e contribui para uma atenção centrada na pessoa.

Esse posicionamento da humanização se estabelece para a promoção de conceito que se baseia em distintas legitimidades: ciência na atenção à saúde; política da reivindicação e da defesa dos direitos das mulheres; tecnologias adequadas para a saúde materna; relações de poder e hierarquia no âmbito do parto e do nascimento; aspecto de financiamento dos modelos assistenciais; poder de decisão da mulher na cena do nascimento; relação médico-paciente; métodos de alívio da dor no parto e direito a isso, com práticas mais humanizadoras (2).

Desde a criação, em 2004, da Política Nacional de Humanização (PNH) e, posteriormente, com a estratégia Rede Cegonha, em 2011, o Ministério da Saúde do Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou políticas públicas com a finalidade de transformar o cenário obstétrico, juntamente com usuários, profissionais e gestores de saúde. Essas estratégias visaram à redução da mortalidade perinatal e à mudança da atenção obstétrica, principalmente na forma do cuidar, com foco na humanização e na atenção centrada na mulher, com o seu protagonismo, a fim de romper o processo de violência obstétrica que permeia a atenção materna (3).

O modelo de humanização obstétrico tem como benefícios a diminuição do sofrimento mental e emocional das mulheres durante o parto. Para isso, torna-se necessário o apoio do profissional de saúde para identificar as carências das mulheres, com o intuito de acolhê-las, o que somente é possível a partir da sensibilidade e de uma atenção centrada nelas, voltada à garantia de suas expectativas. Esse cenário propicia a tomada de decisão compartilhada entre a mulher e o profissional de saúde, colabora para experiências exitosas e, consequentemente, para um parto seguro e respeitoso (4). Assim, o profissional de saúde, como médicos e enfermeiros obstétricos, que são amparados na legislação brasileira para a atuação no parto e no nascimento, deve identificar as demandas, as carências e as necessidades das mulheres, e não permitir relações autoritárias, desiguais e violentas no âmbito obstétrico (5).

Desse modo, estudos sobre a atenção obstétrica devem ser implementados, com a finalidade de subsidiar mudanças e, principalmente, reorganizar o cuidado materno e neonatal, em uma prática respeitosa, com amparo em condutas pautadas nas evidências científicas e com procedimentos humanitários (2). Assim, torna-se primordial a humanização do cuidar para a incorporação de mudanças no cotidiano na atenção perinatal, com o apoio das mulheres e com um cuidado digno

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

com o recém-nascido (3, 6). Os profissionais no âmbito do SUS são convidados a repensar em intervenções desnecessárias, como episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros (7-10). Esses procedimentos obstétricos se constituem como malefícios na atenção perinatal; por sua vez, um modelo humanizado favorece a redução drástica das intervenções desnecessárias no cuidado com a mulher e com o recém-nascido no parto e no nascimento.

Também ocorre o ressignificado do processo do trabalho, especialmente com uma atenção colaborativa e integrada em distintas formas de saber, com o intuito de qualificar a atenção materna. Esses fatores contribuem para mudanças no modelo do país, objetivando garantir um cuidado com a valorização do preenchimento das carências das mulheres e de suas necessidades reais no que diz respeito à atenção obstétrica. A humanização está pautada na carência do usuário de saúde, aqui, em especial, das mulheres e dos recém-nascidos no cuidado ao parto e ao nascimento.

A atenção ao parto deve ser baseada na redução de possíveis danos à saúde materna e fetal, com o acesso aos serviços de saúde, a profissionais qualificados e à prática baseada em evidências científicas. Esses condicionantes e determinações de novas diretrizes internacionais, como os da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram construídos para que países os implementassem no cotidiano assistencial e modificassem a forma de cuidar de mulheres e recém-nascidos na parturição, garantindo os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, com uma atenção livre da violência obstétrica por parte das práticas de médicos e enfermeiros obstétricos (9, 10).

Desse modo, os valores dos profissionais de saúde engendrados da realidade são exercidos pela prática do profissional de saúde, que, pela indução de políticas públicas, especialmente pela Rede Cegonha e pelas novas diretrizes do parto da OMS e do Ministério da Saúde (9, 10), têm possibilitado novas percepções e um olhar para as carências das mulheres, ampliando seus valores na atenção obstétrica a fim de transformar a realidade assistencial das mulheres brasileiras.

Nesse sentido, o modelo de humanização se perpetua em atitudes, práticas, condutas e comportamentos pautados no desenvolvimento de processos de parto e nascimento, com respeito à unicidade da mulher e valorização das suas carências no cotidiano do processo parturitivo. Isso possibilita a participação das parturientes, de seus acompanhantes, dos médicos, dos enfermeiros obstétricos e de outros profissionais e gestores de saúde, com a abertura de diálogos no campo dos saberes, nas práticas benéficas e nos modos instituídos dos valores no trabalho em saúde (11).

Portanto, para o entendimento do processo de valorização do sujeito (médicos e enfermeiros obstétricos) na relação do seu cotidiano no cuidado obstétrico, é preciso entender a base do valor da concepção scheleriana, que contribui para a prática profissional. Nessa concepção valorativa, o valor é aquilo que é de estima para o ser humano (12) e que, na dimensão intuitiva, vale para a vida da pessoa. Todo valor agregado pela pessoa tem por finalidade o preenchimento de suas carências, anseios e necessidades vivenciais (12), aqui representado no processo de parturição, com carências de um cuidado respeitoso, pautado na compreensão dos significados de um ato singular e único, valorizando escolhas, com procedimentos humanísticos. A humanização permite perpetuar o preenchimento de carências das mulheres, para que médicos e enfermeiros obstétricos valorizem esse modo de cuidado na sua prática.

Desse modo, quando médicos e enfermeiros buscam a identificação da carência das mulheres conjugadas com percepção valorativa desses profissionais de saúde, permite-se dialogar com seu sentido valorativo para sua prática. Assim, o estudo teve como questão norteadora: como as

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

carências engendram os valores dos profissionais de saúde e se articulam com sua prática e com a humanização do processo parturitivo?

O estudo teve como objetivo compreender os valores da humanização pelos profissionais de saúde na atenção do parto e do nascimento.

Materiais e método

Pesquisa fenomenológica, apoiada na teoria dos valores de Max Scheler, com o intuito da apreensão dos valores (12).

Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência, totalizando 48 profissionais de saúde atuantes em quatro maternidades da rede de atenção à saúde materno-infantil da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, Brasil, e todas as instituições públicas tinham um quantitativo superior a 1.000 nascimentos por ano. Os critérios de inclusão levaram em conta ser médico ou enfermeiro, atuar no acolhimento da paciente e na classificação de risco em centro obstétrico ou alojamento conjunto. Para os critérios de exclusão, teve-se em conta o tempo de serviço dos participantes, inviabilizando, assim, a participação daqueles com menos de seis meses nos referidos cargos e com função gerencial ou administrativa. Não houve nenhuma desistência ou recusa dos profissionais de saúde em participar da pesquisa.

A abordagem com os profissionais de saúde ocorreu pessoalmente em cada unidade de saúde para convite daqueles que obedeciam aos critérios de elegibilidade. Foram mencionados objetivos, técnica de coleta de dados, benefícios e riscos da pesquisa e compromisso do pesquisador com os preceitos éticos da pesquisa. O anonimato e o sigilo das respectivas informações foram garantidos, mediante um código alfanumérico (PS1... PS48). Todos assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

A partir do aceite, foi iniciada uma entrevista fenomenológica única com cada participante, a qual se configura como um encontro social repleto de empatia e subjetividades. A entrevista foi guiada pela seguinte pergunta norteadora: qual sua prática profissional e sua articulação com o cuidado à mulher no campo do parto e do nascimento? A entrevista ocorreu no local de trabalho, com a participação de representantes de todas as equipes, para obter a diversidade e a plenitude de cada unidade de saúde.

As entrevistas foram conduzidas por pesquisador com experiência na área de enfermagem obstétrica e na técnica da entrevista, com duração média de 45 minutos. Em todas as unidades, as entrevistas ocorreram em uma sala reservada sem interrupção de terceiros no diálogo entre o pesquisador e o participante. Os discursos orais dos participantes foram gravados em aparelho digital com sua autorização prévia, transcritos na íntegra, sem devolutiva aos participantes para comentários e/ou correções, coerente com o que pressupõe o método fenomenológico.

O encerramento da coleta foi por suficiência de significados (13), quando a análise, desenvolvida concomitantemente, indicou que os significados obtidos respondiam ao objetivo da pesquisa. Assim, foi iniciada a organização da análise, embasada na teoria de interpretação de Paul Ricoeur (14). A teoria se baseia nas seguintes etapas: leitura inicial do texto; leitura crítica; apropriação, sendo a teoria desenvolvida à luz da hermenêutica, que objetiva apreender os significados dos discursos com temas derivados dos dados (14).

Em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Uni-

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

versidade Federal Fluminense, conforme o parecer 1.737.132/2016. Para garantir a qualidade e a transparência do relato da pesquisa qualitativa em saúde, foi utilizado o Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ).

Resultados

Os profissionais de saúde foram médicos obstetras (50%) e enfermeiros obstétricos (50%), majoritariamente mulheres (81,2%), com faixa etária de 30 a 50 anos (54,2%), com tempo de atuação na obstetrícia de mais de cinco anos (72,9%).

Os discursos dos profissionais de saúde evidenciaram a unidade de significação intitulada "A humanização do parto e do nascimento: carências e valores", que expressou carência na atenção obstétrica — cuidado pautado nas evidências científicas; valores na prática de procedimentos humanísticos do trabalho de parto e parto — a unicidade como eixo central.

Tais resultados foram discutidos com base na teoria dos valores de Max Scheler (12), ancorada nas evidências científicas no campo da humanização do parto e do nascimento.

Carência na atenção obstétrica: cuidado pautado nas evidências científicas

Os depoimentos de médicos e enfermeiros mostraram significados para não realizar intervenções obstétricas que não fossem pautadas nas evidências científicas. Ocorre uma carência de participantes que apoiam a humanização e o processo de trabalho como transição de sua prática cotidiana. Essas carências são dialogadas com as expectativas das mulheres, para que haja uma atenção que permita intervir no *modus operandi* assistencial do parto e do nascimento. Desse modo, por meio das evidências científicas, médicos e enfermeiros ressignificam procedimentos não pautados no campo científico, mas engendrados em sua realidade. Essas carências conjugam com a humanização e com os sentidos da PNH, sustentados na mudança prática do processo de trabalho e da atenção em saúde, com os seus valores articulados no seu fazer que conjuga com sua visão de mundo:

> Eu não gosto muito, você sabe que até foi proibido, e alguns [profissionais de saúde] da equipe que ainda usam alguns métodos, como a episiotomia, manobra de Kristeller e também o parto por fórceps, é arrepiante. É um parto muito doloroso, muito sofrido para mãe. Esses métodos, muitas vezes, não são mais recomendados, e ainda utilizam esses métodos por parte dos profissionais de saúde, e isso deve ser repensado, é melhor para nós [profissionais de saúde] e não para as mulheres. Isso ainda é lamentável, precisamos evoluir na assistência e a ciência está para isso, auxiliar. (PS7)

> E tem o plantão de profissionais de saúde recém-formadas que não são intervencionistas, o que for normal, vai ser normal, o que puder ser sem episiotomia, vai ser sem episiotomia, se puder não estimular com ocitocina, não vai estimular, então, varia, mas temos essas condutas, manobra de Kristeller [voz fraca], eu acho pavoroso e desnecessário [...] é preciso modificar toda essa lógica do parto e garantir uma assistência com respaldo na segurança e evidências. (PS18)

O discurso do profissional de saúde mostra a intervenção mínima com o toque vaginal ao qual a mulher é submetida nas instituições de saúde. Essa prática dialoga com a mudança de sua prática e

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

processo de trabalho e com sua visão de mundo. Essa transformação está amparada nas evidências científicas e nas necessidades das mulheres, que subsidiam o redirecionamento da forma de cuidar. Assim, com uma prática reservada do toque vaginal se articula com as carências e com os valores de um cuidar seguro e de qualidade, garantindo o direito de resumida intervenção sobre o corpo da mulher, com defesa dos direitos e coparticipação no poder decisório, o que se constituiria uma prática profissional baseada nos princípios norteadores da PNH.

> Eu só não faço o toque, porque nós não acreditamos que tocar a mulher toda hora faça diferença, isso mostra os estudos científicos [...] de certa forma, acaba sendo uma violência obstétrica. (PS31)

Os depoimentos dos profissionais de saúde remetem ao significado de fornecer apoio com uma prática pautada nas evidências. Por exemplo, quando o enfermeiro ou o médico institui, no seu cotidiano, situações como "amparar o períneo" como forma de cuidado e, assim, garantir maior integridade da mucosa vaginal, evitando lacerações decorrente do período expulsivo. Com esse cuidado, há uma assistência centrada na pessoa (mulher) e nas carências, perpetuando os seus valores para, assim, promover maior segurança pautada na ciência, que intervém no engendramento dessa realidade com cuidado à mulher, possibilitando ressignificar o próprio cuidado e prática no sentido da humanização.

> Só amparei o períneo, eu não fiz mais nada, fiquei quieta e segurei o períneo com uma compressa, simples assim [...] nossa atuação age conforme o que tem de evidência, se tiver para benefício das mulheres, vou utilizar. (PS25)

> Ampara o períneo, muitos não veem essa estratégia essencial para mudança [...] não precisa de episiotomia, e devemos agir conforme as evidências [...] a humanização traz esse sentido, de proporcionar mudança no cotidiano desta assistência, tudo se encaixa para mudanças que são necessárias. (PS40)

Valores na prática de procedimentos humanísticos do trabalho de parto e parto: a unicidade como eixo central

Os depoimentos de médicos e enfermeiros mostram uma reorganização da hierarquia de valores, que remete ao processo de transformação do modelo obstétrico, especialmente o brasileiro, em que o profissional passa a dar valor à humanização, isto é, à pessoa (mulher), com a sua centralidade, sendo essa a unicidade do cuidado. Esse valor é legítimo e pautado, desde a criação da PNH, em um cuidado único voltado para a fisiologia do parto e do nascimento e na legitimidade científica, visto que, mesmo nos discursos que acontecem acerca da normativa indutiva da posição de parir, ocorrer uma crítica dos profissionais de saúde tendo em vista a necessidade de mudança da realidade aludida dos serviços de saúde e sua visão de mundo.

> Porque, antigamente, eu tinha uma visão de que o parto era a mulher ficar deitada, não podia gritar, tinha que ter o comportamento que o profissional achasse que era desejado. Hoje em dia, é uma coisa mais humanizada [...] deixar a mulher livre para parir, garante uma mudança na forma de nascer. (PS3)

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

> Aqui não tem uma posição adequada para ela parir [...] ter que parir naquela mesa do centro cirúrgico é totalmente contrário à fisiologia da mulher e à gravidade, e isso acaba sendo um potencial para a episiotomia e o fórceps [...] ela tem que ter a liberdade de escolha e a forma de nascer, especialmente nas instituições hospitalares. (PS16)

Os profissionais de saúde expressam a utilização de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor da mulher no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto; isso se traduz em práticas mais humanizadas, como penumbra, deambulação, banho morno/quente, massagens, bola suíça, musicoterapia, banqueta e bola suíça. Todas essas tecnologias são relacionadas à humanização da parturição, valorizando às tecnologias não farmacológicas, por (re)conhecerem seus benefícios e legitimidade científica; assim, uma prática que deve ser estimulada.

> Eu a coloco [mulher] no banho, que ajuda na sua necessidade de dor, auxilia no seu medo e começa a acalmar; depois, começo a promover a deambulação, para aumentar a progressão do trabalho de parto, ela começa a andar pelo corredor, com o auxílio da equipe de enfermagem, incentivando que isso vai favorecer ao parto dela, um parto que ela [mulher] trabalhe a sua autonomia e direito de escolha a um parto respeitoso. Depois, começo a massagear a mulher na cavidade abdominal, nas costas, em seus braços, nas pernas, em seu corpo todo, para que ela se acalme, pois, muitas vezes, ela se encontra nervosa e a carga hormonal pode favorecer que ela sinta mais dor durante todo processo de cuidado [...] esse cuidado garante mudanças nesta assistência, que é primordial para melhores indicadores. (PS27)

> No silêncio, na penumbra, no ambiente acolhedor, tentar apresentar aquele ambiente para ela, para que ela não se assuste, mudanças que são benéficas para todos. (PS34)

> A gente trabalha toda parte de preparar mesmo essa gestante, orientando o que é o trabalho de parto, sendo oferecendo e estimulando, explicando que são medidas não tecnológicas para alívio de dor, ensinando a ela o uso da bola, dando importância no banho de aspersão na água morna, massagens, falando um pouco para ela [mulher] sobre a movimentação, sobre deambulação, então a gente trabalha toda essa parte de pré-parto mesmo [...] tudo isso garante um cuidado mais seguro, garante a expectativa da mulher, que busca a humanização. É preciso mudar e se transformar numa assistência de respeito. (PS42)

Discussão

O valor da verdade (12) é um condicionante para a transformação da realidade. Caso o indivíduo esteja eludido da sua realidade, a verdade traz o sentido de mostrar um fato que é verdadeiro. O valor descrito pelo filósofo (12) detona um significado para transformar a ordem de guia do sentido da vida do sujeito. Assim, com o pensamento crítico (15), proporcionado pelo conhecimento científico, o profissional de saúde tem a capacidade de intervir mediante bases científicas na atenção obstétrica. A cientificidade pautada nas carências e nos valores de enfermeiros e médicos sustenta seu cuidado direcionado à humanização, uma atenção centrada na mulher e nas mudanças do modelo e de sua prática, especialmente pelo declínio do modelo hegemônico na obstetrícia contemporânea,

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

como intervenções obstétricas desnecessárias — episiotomia, manobra de Kristeller, toque vaginal repetitivo, ocitócitos sintéticos (4-7, 12).

Apesar das diminuições das intervenções, como a episiotomia nos partos vaginais, ainda pode ser notado que muitas mulheres são submetidas a esse procedimento, que muitas vezes é feito sem o devido consentimento; além do toque vaginal, às vezes doloroso e não consentido, feito repetidamente para a avaliação da progressão do parto; a manobra de Kristeller, que é uma prática abolida e cuja, notificação é omitida no prontuário da parturiente (8, 10, 11, 16).

O toque vaginal rotineiro e de forma repetida tende a ser conduta contra as evidências científicas, visto que, de acordo com recomendações Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, essa conduta é adotada na admissão do exame inicial, devendo ser novamente empregada depois de duas horas, quando as contrações uterinas se mantiverem e forem eficientes. Os toques subsequentes realizados devem ter um intervalo de duas horas quando a mulher estiver em trabalho ativo do parto, que não há uma necessidade de repetição quando o trabalho de parto estiver na fase passiva (17). Nas diretrizes internacionais do parto, a OMS, que realizou a revisão em 2018, estabeleceu toques vaginais a cada quatro horas, recomendação que foi seguida por organizações e entidades internacionais (10). Portanto, a literatura científica e as diretrizes sobre o toque vaginal confirmam que deve ser realizado entre duas e quatro horas durante o trabalho de parto (18).

Nesse contexto, há uma intervenção acerca desses procedimentos na realidade do parto e do nascimento, reconfigurando seus valores para as reais necessidades das mulheres. Assim, há uma carência dos profissionais de saúde voltada para a transformação e para o processo de trabalho na sua prática, com o alinhamento do pensamento da PNH. Nos discursos, há um processo transicional com o realinhamento de suas práticas com o conhecimento científico e sua hierarquia de valores (12), focalizando na humanização, que possibilita declínio de atitudes e práticas na atenção obstétrica consideradas como inadequadas, não incentivadas e até ultrapassadas, pois a legitimidade científica indica a sua não recomendação.

Embora algumas intervenções e práticas como a episiotomia sejam contraindicadas, especialmente pelas diretrizes da OMS (10), uma vez que podem ocasionar complicações, desde a maior rigidez perineal e do assoalho pélvico até a iminência de laceração severa dessa região, são consideradas aceitáveis, por fazerem parte da realidade engendrada intervencionista do processo de nascimento (19).

Dessa forma, quando o profissional de saúde dispõe de estratégias, como "amparar o períneo", tal fato colabora com a própria fisiologia da gestação e do parto. O conhecimento para a verdade pelas evidências científicas permite mudança de atitudes cotidianas na realidade obstétrica, como o não emprego da episiotomia e a proteção do períneo, reconfigurando o cuidado com o outro e o seu corpo. Assim, as carências dos profissionais se alinham às das mulheres e de todo o movimento de humanização, que permite garantir um cuidado mais humano e integrador com demandas de cuidados obstétricos (12).

A literatura científica (20) mostra a importância da proteção do períneo, contribuindo para uma atenção voltada para o natural do parto, sendo sua execução amparada nas evidências científicas e na humanização assistencial. A proteção do períneo também contribui para a redução de lacerações e de episiotomia. O modelo de parto humanizado atende às carências dos profissionais por práticas que garantam o processo parturitivo mais natural e seguro. Essa carência é expressa pelos valores referidos pelos médicos e pelos enfermeiros a partir de seu cotidiano assistencial. Toda carência passa por uma hierarquia valorativa, em que os valores contribuem para a plenitude do sujeito (12).

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Assim, quando o profissional valoriza uma assistência humanizada de parto em detrimento de uma prática intervencionista no corpo da mulher sua carência é direcionada para essa mudança do modelo da atenção obstétrica.

Desse modo, o valor da verdade é a legitimidade científica no âmbito da atenção ao parto e ao nascimento. Os significados mostram uma real mudança nesse panorama, com a valorização dos princípios da humanização, com menos intervenção e declínio de condutas desnecessárias. Essa atenção em saúde tem um valor para os profissionais de saúde e, conforme o filósofo (12), a atuação de médicos e enfermeiros tem como eixo central garantir uma plenitude para o sujeito, tornando-o completo com um cuidado voltado para a pessoa humana.

Assim, o indivíduo apenas se torna completo quando suas carências são preenchidas, especialmente pelos valores — o da verdade — conhecimento científico. Desse modo, para esses profissionais, a humanização se torna um valor na sua atuação, que garante essa transformação cotidiana na forma de cuidar das mulheres, expressando na centralidade e nas expectativas das mulheres e na redefinição dos valores no campo da atenção obstétrica. Todos os pontos importantes para a mudança e para a reorganização do modelo obstétrico, do processo de trabalho e da prática de profissionais, como propõem as políticas públicas, são essenciais para garantir os melhores cuidados obstétricos.

A humanização tem sido propositora da reorganização e da mudança do panorama da atenção obstétrica no país, especialmente com a PNH e com a Rede Cegonha. Essas políticas indutoras têm possibilitado valores tanto na formação quanto na atenção ao parto e ao nascimento (9, 10). Os discursos dos profissionais de saúde podem ser observados nessa reorganização, com o valor vital pautado no campo fisiológico da forma de nascer, com um olhar para a norma de nascimento nos serviços de saúde.

A reconfiguração da forma de parir se dá com base nos indicativos da humanização, configurado no valor do conhecimento científico e fisiológico da parturição. Um estudo (21) mostrou que mulheres em posições mais verticalizadas tinham 25% menos de probabilidade de serem submetidas à episiotomia e a fórceps obstétrico, reafirmando o valor da fisiologia com base no conhecimento científico (12). Isso faz com que haja declínio das intervenções desnecessárias, quando o cuidado do profissional de saúde está embasado no valor da "verdade", possibilitando um redesenho voltado para os melhores cuidados, com ênfase no respeito e na dignidade humana.

Nesse contexto, a OMS recomenda que a mulher tenha a liberdade de escolher as posições no seu trabalho de parto e parto (10), além da humanização da atenção obstétrica, tendo como bojo na liberdade da mulher promover posições mais verticalizadas. No Brasil, a posição litotômica ainda continua sendo a mais evidenciada no período expulsivo pela maioria das parturientes (22), sendo uma das práticas criticadas pelos profissionais de saúde, mostrando a necessidade de mudanças institucionais no cuidado obstétrico respaldadas no respeito à mulher ante a sua autonomia de escolha.

A escolha de posições mais verticais repercute na garantia da fisiologia e no respeito ao protagonismo e à unicidade da mulher, com base no valor pautado no campo científico. Desse modo, a livre movimentação permite à mulher o respeito de suas escolhas, garantindo segurança do processo pelo valor à vida, que é encorajado no campo da fisiologia do corpo da mulher.

As tecnologias não farmacológicas no cuidado obstétrico têm como características fazer prevalecer a fisiologia da mulher. Esse cuidado está amparado nas evidências sobre sua eficácia e recomendado pela OMS (10) e pelo Ministério de Saúde do Brasil (23). Estudos (11, 20, 24) têm demonstrado que o ambiente com pouca iluminação, deambulação, banho morno/quente, massagens, banqueta, bola

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

suíça e musicoterapia constitui uma ruptura do modelo e garante melhores cuidados. A mulher foi considerada como sujeito de direito para um cuidado direcionado às suas particularidades.

Essas estratégias condicionam uma tentativa dos profissionais de saúde de fornecer um cuidado individualizado e único, com um ponto central de valorização. Conforme a obra de Max Scheler (12), o valor vem a atender às carências do indivíduo, com o intuito de preencher as necessidades, e, para esses profissionais de saúde, essas tecnologias permitem garantir um cuidado que respeite a individualidade feminina e uma atenção voltada para a mudança do panorama obstétrico, melhorando seus indicadores. O valor da verdade se perpetua na sua atuação cotidiana, sendo esses profissionais completos com relação ao seu exercício na atenção obstétrica.

Essas tecnologias não farmacológicas de alívio da dor estão embasadas na compreensão da fisiologia da mulher, sendo sua aplicabilidade direcionada aos benefícios que o valor (12) do conhecimento científico tem para sua saúde durante a parturição. Algumas tecnologias trazem como benefícios o apoio, o relaxamento, a regulação de agentes estressores, o maior potencial de tolerância a dor, a dilatação cervical mais efetiva e, assim, uma melhor progressão do trabalho do parto (20, 23). Essas práticas exercidas no cuidado à mulher no parto e no nascimento estão sustentadas nas evidências científicas e nas recomendações da OMS (10, 25), constituindo um valor para a atenção e garantia de um cuidado qualificado e seguro.

Pode-se perceber um realinhamento de hierarquia de valores (12) dos profissionais de saúde, os quais se reconfiguram na sua prática do cuidado. A partir do valor da verdade, conforme o filósofo (12), trazem-se mudanças cotidianas, especialmente ao campo do conhecimento científico, que impulsionam a transformação nas tecnologias não farmacológicas de alívio da dor, por exemplo, e, assim, modificam a prática e a atenção obstétrica. O valor da verdade aproxima o indivíduo do valor da ciência, para reconhecer e sustentar seu cuidado, proporcionando a garantia de sua plenitude na sua atuação, quando se estabelece uma atenção voltada para o conhecimento. Essa ciência transforma e transcende o processo de ruptura, como o modelo hegemônico da atenção materna.

Quando há esse movimento de transcendência perante uma reorganização da hierarquia de valores (12), profissional tende a declinar condutas desnecessárias diante dos valores engendrados da realidade. A valorização da humanização garante um cuidado compartilhado, dialogado, qualificado e seguro.

Assim, há uma ética científica genuína (5, 10, 11), por meio do respeito das condições de ordenação e sistematização da sua aplicabilidade, submetendo-a à comprovação das evidências em detrimento do exercício cotidiano da prática do profissional de saúde, culminando em que o próprio valor fique engajado na centralidade do conhecimento científico (10, 11). Isso mostra que a cientificidade modifica e transforma a realidade, basta apenas que tenha mediadores e, nesse caso, médicos e enfermeiros que trilhem caminhos para os melhores cuidados obstétricos.

Como limitação do estudo, menciona-se a impossibilidade institucional em alcançar uma análise documental referente às descrições das práticas assistenciais relatadas pelos profissionais nos documentos institucionais.

Conclusões

Os achados do estudo possibilitaram a compreensão dos valores da humanização pelos profissionais de saúde na atenção ao parto e ao nascimento. Desse modo, uma prática que dá base nos valores

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

dos profissionais de saúde contribui para mudanças estruturais no campo prático e ideológico. Uma prática respaldada em novos valores favorece numa assistência com garantia para a segurança, para o respeito da mulher e para a qualidade do cuidado.

A base desses valores está nas evidências científicas, que transformam o cotidiano assistencial e abrem novas possibilidades de cuidado para as mulheres no âmbito do parto e do nascimento. Dessa forma, com essa reorganização de valores, médicos e enfermeiros podem promover a ruptura do modelo assistencial na obstetrícia e garantir maiores resultados maternos e fetais, quanto ao respeito e à qualidade da assistência.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Brasil, sob código de financiamento 001.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Referências

(1) Scorsolini-Comin F. A re-humanização. Rev SPAGESP. 2022;23(1):1-4. https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n1a1

(2) Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. Saúde Colet. 2005;10(3):627-637. https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019

(3) Lamy ZC; Gonçalves LLM; Carvalho RHSBF; Alves MTSSB; Koser ME; Martins MS *et al.* Labor and childbirth care in maternity facilities in Brazil's North and Northeast regions: perceptions of the evaluators of the Stork Network Program. Ciênc. Saúde Colet. 2021;26(3):951-960. https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26572020

(4) Curtin M; Savage E; Murphy M; Leahy-Warren P. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. Women Birth. 2021;35(4):e369-e378. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.002

(5) Salter CL; Olaniyan A; Mendez DD; Chang JC. Naming silence and inadequate obstetric care as obstetric violence is a necessary step for change. Violence against women. 2021;27(8):1019-1027. https://doi.org/10.1177/1077801221996443

(6) Curtin M; Savage E; Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. J Clin Nurs. 2020;29(9-10):1744-1757. https://doi.org/10.1111/jocn.15152

(7) Souza KCR; Silva TPR; Damasceno AKC; Manzo BF; Souza KV; Filipe MML *et al.* Coexistence and prevalence of obstetric interventions: An analysis based on the grade of membership. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(618):1-12. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x

(8) Mena-Tudela D; Iglesias-Casás S, González-Chordá VM; Cervera-Gasch Á; Andreu-Pejó L; Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. Int J Environ Res Public Health. 2020;18(199):1-13. https://doi.org/10.3390/ijerph18010199.

(9) Mastro I; Tejada-Llacsa PJ; Reinders S; Pérez R; Solís Y; Alva I *et al.* Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. PLoS ONE. 2021;16(5):e0250702. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702

10) World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. https://bit.ly/4ac9EXX

(11) Rodrigues DP; Alves VH; Paula CC; Vieira BDG; Pereira AV; Reias LC *et al.* Humanized childbirth: The values of health professionals in daily obstetric care. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210052. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052

(12) Scheler M. Da reviravolta dos valores. 2.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

(13) Paula CC; Padoin SMM; Terra MG; Souza IEO; Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2014;67(3):468-472. https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063

(14) Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70 Ltda; 2013.

(15) Silva SF; Neto JFM. Saber popular e saber científico. Rev Tem. Educ. 2015;24(2):137-154. https://bit.ly/3v4X3H8

(16) Adu-Bonsaffoh K; Mehrtash H; Guure C; Maya E; Vogel JP; Irinyenikan TA *et al.* Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. BMJ Glob Health. 2022;5(2):e006640. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006640

(17) Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto e tocurgia — Manual de orientação. São Paulo; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2002. https://bit.ly/3Tw8a5j

PRELIMINAR

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

(18) World Health Organization. WHO labour care guide: user's manual. Geneva; 2020. https://bit.ly/48USAEG

(19) Santos RV; Pereira ARR; Lima CROP; Dantas DS; Ferreira CWS. Perineal trauma in nulliparous women and its associated factors. ABCS Health Sci. 2021;46:e021224. https://doi.org/10.7322/abcshs.2020047.1496

(20) Jacob TNO; Rodrigues DP; Alves VH; Ferreira ES; Carneiro MS; Penna LHG; Bonazzi VCAM. The perception of woman-centered care by nurse midwives in a normal birth center. Esc. Anna. Nery. 2022;26:e20210105. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105

(21) Jiang H; Qian X; Carroli G; Garne P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2(2):CD000081v. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3

(22) Huang J; Zang Y; Ren LH; Li FJ; Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. Int J Nurs Sci. 2019;6(4):460-467. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007

(23) Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2017. https://bit.ly/4coKt6v

(24) Duarte MR; Alves VH; Rodrigues DP; Souza KV; Pereira AV; Pimentel MM. Care technologies in obstetric nursing: Contribution for the delivery and birth. Cogitare Enferm. 2019;24:e54164. http://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164

(25) Pereira SB; Diaz CMG; Backes MTS; Ferreira CLL; Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. Rev. Bras. Enferm. 2018;71(supl. 3): 1313-1319. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661

PRELIMINAR