

TEORIA DE PATERSON E ZDERAD: APLICABILIDADE HUMANÍSTICA NO PARTO NORMAL*

Nayara Rubia Coelho¹, Lilian Maureira Vergara²

¹Enfermeira. Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo, SP, Brasil.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO: O processo de humanização no parto normal promove a “arte do cuidar humanizado” e a aplicabilidade da teoria humanística constitui um referencial teórico que permite subsídios na relação de troca existencial e dialógica entre enfermeiro e parturiente. O objetivo do estudo foi descrever e refletir a contribuição à relação teórico-prática humanizada no parto normal à luz da teoria humanística. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, exploratório, descritivo de artigos on-line extraídos nas bases de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem e Scientific Electronic Library Online, publicados no período de 2002 a 2014. Os resultados evidenciaram que a teoria humanística fortalece a identidade do profissional, autonomia, necessidade de refletir o cuidado humanizado, resgatar a vivência do estar-com-o-outro, no encontro dialógico. Assim, o processo pautado na relação do encontro vivido e dialogado contribui para uma assistência eficaz e segura.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Parto humanizado; Teoria de enfermagem.

PATERSON E ZDERAD'S THEORY: HUMANISTIC APPLICABILITY IN NORMAL BIRTH

ABSTRACT: The humanization process in normal birth promotes the “art of humanized care” and the applicability of the humanistic theory constitutes a theoretical framework that supports the existential exchange and dialogical relation between nurse and parturient. The objective in this study was to describe and reflect on the contribution to the humanized theoretical-practical relationship in normal birth in the light of the humanistic theory. An exploratory and descriptive bibliographic review was undertaken of on-line articles taken from the databases: *Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Base de Dados de Enfermagem* and *Scientific Electronic Library Online*, published between 2002 and 2014. The results evidenced that the humanistic theory strengthens the professional's identity, autonomy, need to reflect on humanized care, rescue the experience of being-with-the-other, in a dialogical encounter. Thus, the process based on the relation between the experienced and dialogued encounter contributes to effective and safe care.

DESCRIPTORS: Nursing; Humanized birth; Nursing theory.

TEORÍA DE PATERSON Y ZDERAD: APLICABILIDAD HUMANÍSTICA EN EL PARTO NORMAL

RESUMEN: El proceso de humanización en el parto normal promueve el “arte del cuidar humanizado”, y la aplicabilidad de la teoría humanística constituye un referencial teórico que permite subsídios acerca del cambio existencial y dialógico entre enfermero y parturienta. El objetivo del estudio fue describir y reflexionar sobre la contribución a la relación teórica y práctica humanizada en el parto normal a la luz de la teoría humanística. Se trata de un estudio de revisión bibliográfica, exploratorio, descriptivo de artículos on-line obtenidos en las bases de datos: *Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*, *Base de Datos de Enfermería* y *Scientific Electronic Library Online*, publicados en el periodo de 2002 a 2014. Los resultados evidenciaron que la teoría humanística fortalece la identidad del profesional, autonomía, necesidad de reflexionar acerca del cuidado humanizado, recuperar la vivencia del estar-con-el-otro, en el encuentro dialógico. Así, el proceso pautado en la relación del encuentro vivido y dialogado contribuye para una asistencia eficaz y segura.

DESCRIPTORES: Enfermería; Parto humanizado; Teoría de enfermería.

*Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso intitulado: “Parto Normal e a Promoção da Humanização Frente à Teoria de Paterson e Zderad.” Universidade de Mogi das Cruzes, 2014.

Autor Correspondente:

Nayara Rubia Coelho

Universidade de Mogi das Cruzes

Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 8272 – 02938-000 - São Paulo, SP, Brasil

E-mail: nayararubia@gmail.com

Recebido: 16/03/2015

Finalizado: 05/10/2015

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros vêm desenvolvendo e aplicando teorias na sua prática profissional com o intuito de melhoria da assistência à parturiente, com o advento das mudanças e novas tecnologias. O uso de modelo hegemônico medicalizado existente vem sendo questionado e discutido, por não conseguir diminuir consideravelmente os índices de morbimortalidade materna e perinatal, contribuindo para evidenciar a vulnerabilidade à vida e a qualidade na assistência, fatores que colocam em risco a saúde da parturiente.

Uma assistência com menos intervenção traduz o que é a humanização no centro obstétrico, além de levar mais motivação, respeito à dignidade, aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A humanização pode ser descrita como o aumento da promoção de saúde, modificações da atenção e dos processos de trabalho, e tem como conceitos a troca e construção de saberes, trabalho em equipe e consideração aos interesses dos diferentes setores do campo da saúde⁽¹⁾.

Deste modo, violências como negligência verbal, psicológica, física e sexual no campo obstétrico construíram, em longo do tempo, um cenário para a sociedade de crueldade e sofrimento no momento do parto e nascimento⁽²⁾. Segundo a pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto⁽³⁾.

Por outro lado, em prol da humanização, em 1996, a Organização Mundial de Saúde anunciou no documento assistência ao parto normal: um guia prático, no qual explicita as boas práticas de assistência ao parto normal⁽⁴⁾. No parto normal, a interferência no processo natural precisa seguir uma causa justa e com menos intervenção possível⁽⁵⁾.

Assim, no período gestacional até o puerpério de baixo risco, é permitido por lei o acompanhamento do enfermeiro obstétrico em nível de pós-graduação lato sensu. Essa conquista ocorreu, pois o profissional enfermeiro, além de prestar uma assistência à mulher com qualidade, também preconiza o cuidado humanizado⁽⁶⁾.

O uso e aplicabilidade da Teoria Humanística na assistência ao paciente constituem um referencial teórico à prática sistematizada, objetivando uma assistência efetiva e segura, contribuindo com alicerces evidenciados que permitam fortalecer e

resgatar a verdadeira identidade da profissão na “arte de cuidar”⁽⁵⁾.

O método da Teoria Humanística é denominado de Enfermagem Fenomenológica, fundamentada no existencialismo e na fenomenologia, composta por cinco fases⁽⁷⁾ estruturadas, segundo o método científico. Permitem ao enfermeiro aplicá-las tanto na assistência quanto na pesquisa. O profissional, na prática cotidiana, pode optar por utilizá-las como método para desenvolvimento de estudos, por meio do Processo de Enfermagem, para direcionar o fazer do cuidar da enfermagem⁽⁸⁻⁹⁾.

A Teoria de Enfermagem Humanística, criada por Josephine Paterson e Loretta Zderad, aplicada ao parto normal propõe desenvolver um diálogo verdadeiro e genuíno, para entender as necessidades da mulher. A Teoria Humanística propõe mudar o olhar a quem precisa de cuidado e que a enfermagem seja desenvolvida como uma experiência existencial⁽¹⁰⁾.

Deve-se ressaltar a importância do bem estar físico e emocional da parturiente, os quais favorecem a diminuição dos riscos e complicações para o bom andamento do trabalho de parto normal. Por isso, o respeito à privacidade, segurança e conforto, junto com o direito dos familiares durante a parturição, modificam o nascimento e o transformam em um momento exclusivo e específico⁽¹¹⁾.

Diante desse panorama, o interesse em pesquisar a contribuição da humanização no parto normal à luz da teoria humanística passou a ter maior importância, e vem ganhando adeptos no contexto atual devido à intensificação e agravamento do fenômeno. Assim, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), instituído pelo Ministério da Saúde mediante a portaria⁽¹²⁾ nº 881, de 19 de junho de 2001, objetivou implementar ações para humanizar o atendimento da saúde e promover melhorias na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Entretanto, mesmo com a alta tecnologia existente pode-se observar a dificuldade em diminuir as taxas de morbimortalidade materna^(1,13), por causas evitáveis e relatos de maus tratos no processo de parto. Nesse sentido, faz-se necessário que o enfermeiro conheça e desenvolva práticas humanizadas⁽²⁾.

Considerando a relevância dessa temática, afirma-se a necessidade da realização de mais pesquisas acerca dessa prática, que possam mostrar a gravidade desse problema, contribuir

com subsídios e melhorias à qualidade da assistência de enfermagem, abolir condutas que tornem vulneráveis, a vida e segurança da parturiente.

A prática e teoria de enfermagem não seriam completas sem uma metodologia. A Teoria Humanística⁽⁷⁾ contribui com estudos que refletem a importância e valorização da assistência de enfermagem à mulher, nos cenários acadêmico, assistencial e profissional, os quais geram contribuições para motivar uma mudança no ato de assistir à mulher que procura por uma assistência segura⁽²⁾, anular condutas que nascem no cerne da falta de adesão ao uso do guia de práticas e técnicas corretas humanizadas recomendadas por órgãos competentes⁽⁴⁾, e evidenciar a perda de identidade profissional pautada pelo uso inconsequente de técnicas do modelo biomédico e assistencialista⁽¹¹⁾ que impedem o acolhimento humanizado e seguro. Deste modo, o estudo tem como objetivo descrever a contribuição da teoria humanística de Paterson e Zderad na prática humanizada do parto normal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica descritivo, exploratório realizado via online utilizando-se como objetos artigos científicos indexados no acervo científico das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para o levantamento dos artigos, utilizou-se como descritores: Enfermagem; Parto humanizado; Teoria de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra disponíveis eletronicamente, que abordassem a temática, que ao menos um pesquisador fosse enfermeiro, pesquisas realizadas e divulgadas nos últimos 12 anos e ter pelo menos um descritor dentro dos escolhidos em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O período de levantamento foi de 2002 a 2014. Foram excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão mencionados. A coleta de dados foi executada nos meses de fevereiro de 2014 a outubro de 2015. Na intersecção dos descritores na base de dados após leitura exaustiva foram selecionados 37 artigos. Para organizar e analisar os achados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo⁽¹⁴⁾. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados com base no critério metodológico, usando as fases da pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Nos artigos selecionados, houve prevalência de estudos nacionais. Para responder às questões de análise de descrever a contribuição da teoria humanística de Paterson e Zderad na prática humanizada do parto normal, foram levantados 146 artigos científicos, dos quais 30 (20,5%) foram localizados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 47 (32,2%) artigos na base de dados de Enfermagem (BDENF) e 69 (47,3%) artigos na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Desse total, 109 artigos não atenderam aos critérios de inclusão, o que não significa que esses estudos não correspondiam ao tema, contudo não relatavam uma abordagem completa das fases. Realizou-se a leitura dos estudos na íntegra, buscando a interface entre a teoria humanística e o parto normal. Com a convergência dos achados, conseguiu-se identificar 11 subcategorias que estão inseridas nas cinco fases principais de análise das teoristas⁽⁶⁾ apresentadas no Quadro 1.

DISCUSSÃO

1ª Fase - Preparação do enfermeiro cognoscente para chegar ao conhecimento.

Em relação aos enfoques da fase 1, os artigos deram ênfase ao: fortalecimento da identidade profissional; exercício das competências profissionais e projeção de apropriação de saberes, preparo e autonomia profissional, enfatizando ainda quais os principais fatores que interferem na preparação conhecedora do enfermeiro vir-a-conhecer para o surgimento do vínculo desse tipo de comunicação dialógica.

A partir da comunicação dialógica, surge o vínculo, em que se observa a disposição do enfermeiro que se envolve em aprender a correr riscos, estar aberto às experiências, ter uma própria visão do mundo e disponibilizar informações que irão favorecer a compreensão da parturiente em relação aos seus direitos, promovendo o respeito. Para atingir isto, o enfermeiro necessita ser exposto a uma ampla variedade de experiências, pode ser preparado em estudos e leituras das ciências humanas, onde são expressos vários pontos de vista sobre a natureza do ser^(8,15-18).

Assim, evidenciou-se a primeira fase, denominada: "Preparando-se para conhecer as parturientes". O enfermeiro obstetra prepara sua mente para o encontro com cada uma dessas mulheres, abrindo-se à experiência de encontrar

Quadro 1 - Distribuição das subcategorias encontradas nos artigos, segundo os aspectos metodológicos e os processos de enfermagem. São Paulo, SP, Brasil, 2015

TEORIA HUMANÍSTICA	PROCESSO DE ENFERMAGEM	SUBCATEGORIAS
1ª fase - Preparação do enfermeiro cognoscente para chegar ao conhecimento;		Fortalecimento da identidade profissional (Caus ⁸); Projeção de apropriação de saberes, preparo e autonomia profissional (Oliveira ¹⁹ ; Aguiar ²⁰); Fortalecimento do exercício das competências profissionais (Pereira ²² ; Figueiredo ²³).
2ª fase - O enfermeiro conhece intuitivamente ao outro;	1ª etapa – Coleta de dados de enfermagem - dados subjetivos (entrevista)	Fortalecimento do resgate à vivência do estar-com-o-outro, no cerne do eu-você no encontro (Caus ⁸ ; Oliveira ¹⁹ ; Lélis ²⁴ ; Silva ²⁶ ; Campos ²⁷ ; Farias ²⁹).
3ª fase – O enfermeiro conhece cientificamente o outro;	1ª etapa – Coleta de dados - dados objetivos (exame físico)	Fortalecimento do resgate de olhar para o outro, na sua essência, considerá-lo, analisá-lo como ser humano e até categorizá-lo (Caus ⁸); Afastar-se e refletir criticamente sobre a vivência com o paciente ao mesmo tempo que está inserida nela (Oliveira ¹⁹); Fortalecimento da necessidade de refletir a relação sujeito-objeto no cuidado vivenciado (Caus ⁸ ; Aguiar ²⁰ ; Medeiros ³⁰).
4ª fase – O enfermeiro sintetiza complementariamente as realidades conhecidas – compara realidades múltiplas, examina os dados e a experiência do paciente à luz do conhecimento científico e sintetiza uma visão;	2ª etapa – Diagnóstico de enfermagem 3ª etapa - Planejamento de Enfermagem 4ª etapa - Implementação	Fortalecimento nas suas bases e aplicabilidade dos conhecimentos possuídos para gerar uma relação dialógica (Ramos ³¹ ; Silva ³⁴); Capacidade de compreender a realidade do fenômeno em estudo, a dor do outro, comparar e sintetizar até o nexo dialógico, trabalhando as diferentes realidades e diferenças (Caus ⁸).
5ª fase – Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal com o processo interno do enfermeiro – compreensão do todo.	5ª etapa – Avaliação de Enfermagem	Reflexão do momento vivenciado (bem-estar) e experimentado (vir-a ser). Fortalecimento à preocupação de estar com alguém que está em necessidade (Oliveira ¹⁹ ; Damasceno ³⁸ ; Morais ³⁹).

o “outro” como um ser único e indivisível. O enfermeiro atuante fortalece a identidade profissional quando utiliza seu conhecimento adquirido e gera um vínculo de comunicação dialógica, tranquilidade e segurança para o outro (parturiente) perante o seu desenvolvimento normal⁽⁷⁾.

O enfermeiro nesta fase trabalha o seu “EU”, coloca em confronto seus valores morais e éticos para perceber sua capacidade de poder tornar suas atitudes mais humanas, estar receptivo para o desconhecido e disposto a ser surpreendido⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Nessa perspectiva, após a portaria⁽²¹⁾ n°163/98 que inseriu os enfermeiros obstetras na assistência direta (autonomia profissional) ao parto normal, identificou-se a diminuição no uso de episiotomia e intervenções desnecessárias, também foi possível identificar que os enfermeiros estão mais integrados à rotina assistencial na maternidade e compartilham desse momento de forma mais

colaborativa com a equipe médica⁽²²⁻²³⁾.

Considera-se que a assistência humanística não se destaca apenas no cuidado existencial e integral, mas sim na prática embasada em conhecimentos técnicos e científicos para poder desenvolver um cuidado de qualidade, de modo que possa atender à cliente em sua individualidade⁽²⁴⁻²⁵⁾.

2ª Fase - O enfermeiro conhece intuitivamente ao outro.

Nesta fase, os estudos mostram que é de ampla necessidade de conhecer o outro, a mistura do ser com o espírito rítmico do outro, gera-se o momento do encontro dialógico, da relação “EU – VOCÊ”. Nesse contexto, levantamos a seguinte subcategoria para empregar como guia na fase dois: Fortalecimento do resgate à vivência do estar-com-o-outro, no cerne do “EU-VOCÊ” no encontro dialógico.

Portanto, podemos relacionar nessa fase a primeira etapa do Processo de Enfermagem, no qual se encontra a Entrevista (Histórico de Enfermagem), e é de suma importância que no ato da coleta de dados exista o conhecimento intuitivo do enfermeiro, no ritmo da experiência da parturiente, o que resultava em um conhecimento especial difícil de expressar. O conhecimento intuitivo presume o relacionamento “EU-VOCÊ”, e também presume uma abordagem fenomenológica de estar aberto ao significado da experiência do outro, onde o enfermeiro deve ser capaz de captar intuitivamente, conhecer a visão do paciente^(7-8,18,26-28).

Desta forma, a teoria humanística de Paterson e Zderad, que defende a relação de troca entre enfermeiro e paciente, favorece a comparação e discussão de duas visões diferentes a respeito de um processo e auxilia na decisão do melhor a ser feito, uma relação de troca na qual a enfermagem, por meio do diálogo, estabelece um aprendizado existencial com a parturiente.

Por meio do objetivo de alcançar o bem estar e estar melhor, a parturiente encontra no enfermeiro um suporte e o enxerga como alguém disposto a ajudar. Esta relação é compreendida através de três características: a relação “EU-VOCÊ” (sujeito-sujeito), a relação “EU-ISSO” (sujeito-objeto) e a relação “NÓS”^(24, 29).

3ª Fase – O enfermeiro conhece cientificamente o outro.

Esta fase implica uma separação do que é conhecido, afastar-se para estabelecer uma relação sujeito-objeto, e está relacionada à primeira etapa do processo de enfermagem⁽¹⁹⁾. Paterson e Zderad afirmam: “O desafio de comunicar uma realidade de enfermagem vivida demanda autenticidade do ser e um esforço rigoroso na seleção de palavras, de frases e da gramática precisa^(7:246)”. Assim, para direcionar o estudo nesta fase, iremos utilizar as seguintes subcategorias: Fortalecimento do resgate de olhar para o outro, na sua essência, considerá-lo, analisá-lo como ser humano até categorizá-lo; Afastar-se e refletir criticamente sobre a vivência com o paciente, ao mesmo tempo em que está inserida nela; Fortalecimento da necessidade de refletir a relação sujeito – objeto no cuidado vivenciado.

Desta forma, evidenciou-se a terceira fase, denominada: “Conhecendo cientificamente o outro: a relação EU-VOCÊ”, a pesquisadora encarava os fenômenos já reconhecidos

intuitivamente e meditava sobre eles, a fim de analisá-los, compará-los, interpretá-los, dar um nome a eles e categorizá-los⁽⁸⁾.

Por outro lado, existem outros estudos^(8,20,30) que permitem evidenciar a terceira fase. Nestes estudos, a fase é caracterizada pela relação “EU-ISSO” que ultrapassa os próprios limites, permitindo recordar, refletir e experimentar a relação “EU-VOCÊ” com “ISSO”. Desta forma, esta fase implica em apresentar a interpretação das informações, conforme a proposta das teóricas pautadas na fenomenologia, em avaliar a parturiente com um exame físico completo e eficaz, finalizar a primeira etapa do processo de enfermagem de forma mais humanística e integrando a mulher para as demais etapas. Consiste na separação do que foi vivenciado e conhecido intuitivamente, interpretado, e recebe uma classificação conforme a relação entre as partes.

4ª fase – O enfermeiro sintetiza complementarmente as realidades conhecidas – compara realidades múltiplas, examina os dados e a experiência do paciente à luz do conhecimento científico e sintetiza uma visão.

Na quarta fase, encontra-se a busca pelo diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação do cuidado. Nessa fase ocorre o envolvimento da relação, comparação, e o contraste do que acontece nas situações para aumentar a compreensão de enfermagem da pessoa, compara e sintetiza as múltiplas realidades para, então, alcançar uma visão ampliada. Permite um diálogo entre as realidades e admite as diferenças. Assim, para guiar o nosso estudo nessa fase, iremos nos basear nas subcategorias citas a seguir: fortalecimento nas suas bases e aplicabilidade dos conhecimentos possuídos para gerar uma relação dialógica; capacidade de compreender a realidade do fenômeno em estudo, a dor do outro, comparar e sintetizar até o nexo dialógico, trabalhando as diferentes realidades e diferenças.

Nesse sentido, constata-se no estudo que a relação EU-TU ocorreu de acordo com o referido pelas teóricas, uma relação sujeito-sujeito, em que o ser humano se envolve com o outro e tem consciência da singularidade⁽⁷⁾. Nesta fase o enfermeiro condensa e assemelha suas experiências vivenciadas, para chegar a um ponto de vista⁽¹⁹⁾ e levantar seus diagnósticos. Após o profissional estabelecer ligações entre as realidades, ele seleciona e classifica suas prioridades⁽¹⁹⁾, essa etapa definirá a qualidade do

planejamento dos cuidados e sua implementação.

Ressalta-se ainda no estudo, que o enfermeiro necessita estar apto a apresentar os benefícios do parto normal para a gestante e evidenciar os riscos de uma cirurgia eletiva sem precisão. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad defende transformar na prática tudo aquilo o que é humanamente possível na particularidade de cada situação. O diálogo é vivido de acordo com as ações de enfermagem, onde é necessária a compreensão do significado das experiências do outro, indo além de suas competências técnicas e científicas, conciliando a razão e a sensibilidade, para que assim possam juntos planejar um cuidado adequado com o propósito de defender o direito de escolha do cliente dentro do que é possível⁽³¹⁻³⁴⁾.

A prática obstétrica atual tem valorizado a execução de um exercício profissional baseado em referenciais que priorizam a ampliação de habilidades técnicas, em detrimento de uma atenção que abranja as demandas emocionais das parturientes⁽³⁵⁾.

Deve-se atentar para a contraindicação de procedimentos habituais que ocorrem com frequência como jejum, tricotomia e enema de rotina. Porém, o apoio físico com a utilização de métodos não farmacológicos para a diminuição da dor deve ser promovido, por exemplo: banho de chuveiro, estimular a deambulação, mudança de decúbito, massagem, bola suíça, assento ativo, exercícios respiratórios, entre outros⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Contudo, podemos entender por meio do estudo⁽⁸⁾ que o diálogo nem sempre se estabelece por palavras ditas pela parturiente. Muitas vezes o gesto, o silêncio, expressão facial, suor, entre outros sinais, irão dizer mais sobre o que a cliente está sentindo do que as palavras. Por isso, o enfermeiro deve desenvolver a percepção para esses sinais, para agir com eficácia e minimizar o sofrimento da parturiente, sempre estimulando sua confiança para seguir.

5ª fase – Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal com o processo interno do enfermeiro – compreensão do todo.

Na quinta fase, encontra-se a avaliação do processo de enfermagem, que por meio do diálogo com a parturiente, há o encontro e a presença do profissional com a cliente - a relação é recíproca entre ambas as partes. Desenvolve-se do processo descritivo de um fenômeno vivido, a visão articulada da experiência que se torna expressa em um todo coerente. Nesta etapa do

estudo, iremos abordar as seguintes subcategorias: reflexão do momento vivenciado (bem-estar) e experimentado (vir-a-ser); fortalecimento à preocupação de estar com alguém que está em necessidade de acolhimento.

Nessa perspectiva, os estudos mostram que ocorre à conclusão de uma percepção importante para a maioria através de múltiplas visões e o enfermeiro estabelece sua opinião. Em cada uma dessas fases pode comparar e contrastar o fenômeno. A meta de bem-estar ou de vir-a-ser é atingida pelo diálogo. Na Teoria de enfermagem esse relacionamento é denominado “EU-VOCÊ” (relacionamento terapêutico)^(19,38-39).

Os estudos mostram que a teoria de Paterson e Zderad ganha familiaridade com a teoria de King. Destaca-se a possibilidade de criar uma interação entre o enfermeiro e o paciente com o objetivo de alcançar modelos pré – estabelecidos, denominados metaparadigmas e divididos em quatro lacunas: seres humanos, enfermagem, saúde e ambiente⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Em suma, verifica-se após a leitura, síntese das informações e reflexão dos achados, que cada fase dos resultados nos proporcionou um olhar de forma mais ampla ao processo de humanização frente à parturiente e o resgate da dignidade da mulher como protagonista do parto, com o apoio dialógico do enfermeiro que promove a troca existencial levando em consideração seu conhecimento teórico e técnico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de geração de vínculo com a parturiente, constatou-se que é essencial que o enfermeiro possua o preparo profissional para exercer atitudes, habilidades e competências, aliados a sentimentos, crenças e valores éticos e morais. Assim, a discussão da teoria humanística pelos profissionais de enfermagem está em efetivo desenvolvimento. Mostrou-se como um modelo que permite olhar para a parturiente com empatia e compreensão diante de sua dor, abertura para o diálogo vivido e encontro verdadeiro, busca ampliar seu nível de conhecimento humanizado, excelência e qualidade à assistência da parturiente.

A teoria humanística fortalece a identidade da profissão de enfermagem, gera autonomia ao profissional que outorga ao cuidado (encontro vivido e dialogado), permite a possibilidade de refletir a escolha do melhor cuidado com base em evidências científicas e resgatar a vivência do estar-com-o-outro (encontro dialógico). Evidenciou-se que existe a citação nos estudos da aplicação

das fases à assistência prestada, com adaptações e reconhecimento total delas, e mostraram-se estilos muito parecidos na condução das fases, preservando nexos vivenciados com o eixo do estudo teórico.

Portanto, o estudo não esgota o tema abordado. É essencial ao enfermeiro o papel como agente educador, gestor do diálogo vivenciado, que acolhe e interage com a parturiente, integra a família, prepara a equipe de enfermagem e atenta as novas estratégias de adesão de práticas humanizadas que resgatem a assistência digna, segura e eficaz, de respeito aos valores, sentimentos, crenças e cultura fortalecidos no elo de troca existencial e dialógica entre enfermeiro e parturiente.

REFERÊNCIAS

1. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidade. *Rev. Enferm. UERJ*. 2009; 17(2):165-190.
2. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violência contra a mulher em instituições de saúde: um problema emergente. *The Lancet*. 2002; 359(2):1681-5.
3. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues SLP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. Rene*. 2014; 15(4):720-8.
4. Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(4):585-92.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático de saúde materna e neonatal. *Maternidade segura*. 1996. [acesso em 09 mar 2014]. Disponível: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.
6. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde colet*. 2005; 10(3):669-705.
7. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
8. Caus ECM, Monticelli M, Nassif AA, Santos EKA. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(1):34-40.
9. Cunhal PJ, Zagonel IPS. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. *Rev. Eletr. Enf*. 2006; 8(2):292-7.
10. Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(1):182-8.
11. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. Bras. Enferm*. 2007; 60(4):452-5.
12. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 881, de 19 de junho de 2001. *Informes*. [internet] 21 jun 2001 [acesso em 23/10/2015]. Disponível: sna.saude.gov.br/legisla/.../GM_P881_01informes.doc.
13. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(4):623-36.
14. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008; 16(4):569-76.
15. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):595-602.
16. Ferreira-Júnior AR, Barros NF. A humanização do parto no cenário de disputas da obstetrícia. *Physis*. 2012; 22(4):1591-3.
17. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1):78-86.
18. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. *Saúde Soc*. 2014; 23(2):572-581.
19. Oliveira NFS, Costa SFG, Nóbrega MML. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. *Rev. Eletr. Enf*. 2006; 8(1):99-107.
20. Aguiar MIF, Braga VAB. O significado do transplante de fígado para o paciente em lista de espera: abordagem fenomenológica. *Rev. Cubana Enfermer*. 2012; 28(4):485-94.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretária da Assistência à Saúde. Portaria nº 163, de 22 de Setembro de 1998. *Obstetrícia*. [Internet] 24 set 1998 [acesso em 23/10/2015]. Disponível: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20163.pdf>.
22. Pereira ALF, Araújo CS, Gouveia MSF, Potter VMB, Santana ALS. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiros e médicos. *Rev. Eletr. Enf*. 2012; 14(4):831-

- 39.
23. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti MJ, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(2):181-5.
24. Lélis ALPA, Farias LM, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Galvão MTG, Caetano JA. Cuidado Humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. *Esc. Anna Nery*. 2011; 15(4):694-700.
25. Dutra IL, Meyer DE. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2007; 28(2):215-222.
26. Silva LMP, Galvão MTG, Araújo TL, Cardoso MVLML. Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística. *OBJN*. [Internet] 2007; 6(1) [acesso em 02 ago 2014]. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/715/162>.
27. Campos ACS, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(4):606-13.
28. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery*. 2014; 18(2):262-9.
29. Farias LM, Freire JG, Chaves EMC, Monteiro ARM. Enfermagem e o cuidado humanístico às mães diante do óbito neonatal. *Rev. Rene*. 2012; 13(2): 365-74.
30. Medeiros HMF, Motta MGC. Existir de crianças com AIDS em casa de apoio: compreensões à luz da enfermagem humanística. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):400-7.
31. Ramos AF, Caetano JÁ, Soares E, Rolim KMC. A convivência da família com o portador de síndrome de Down à luz da teoria humanística. *Rev. Bras. Enferm*. 2006; 59(3):262-8.
32. Winck DR, Bruggemann OM, Monticelli M. A responsabilidade do profissional na assistência ao parto: discurso de enfermeiras obstétricas. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(2):363-70.
33. Mercês CAMF, Rocha RM. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. *Rev. Enferm. UERJ*. 2006; 14(3):470-75.
34. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev. Bras. Enferm*. 2011; 64(1):60-5.
35. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev. Bras. Enferm*. 2014; 67(2): 202-7.
36. Muller J, Collaço VS, Santos EKA. O Significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. *Revista Científica CENSUPEG*. 2013; (2):78-88.
37. Tuesta AA, Giffin K, Gama AS, Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5):1425-36.
38. Damansceno AKC, Pagliuca LMF, Barroso MGT. Aplicação dos conceitos da teoria humanística numa unidade de queimados. *Rev. Rene*. 2009; 10(2):78-85.
39. Moraes GSN, Costa SFG. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(3):639-46.
40. Moura ERF, Pagliuca LMF. A teoria de King e sua interface com o programa "saúde da família". *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2004; 38(3):270-9.
41. Rolim KMC, Pagliuca LMF, Cardoso LVLML. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(3):432-40.