



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

CRISTIANE DE MATOS TRIGOLO

**CASA DE PARTO: REFERÊNCIA NA SUPERAÇÃO DO MEDO E PERSPECTIVAS
DAS GESTANTES.**

**Assis
2011**

CRISTIANE DE MATOS TRIGOLO

**CASA DE PARTO: REFERÊNCIA NA SUPERAÇÃO DO MEDO E
PERSPECTIVAS DAS GESTANTES.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientadora: Prof.^a Enf. Rosângela Gonçalves Silva

Co-Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Elizete Mello da Silva

Área de Concentração:

**ASSIS
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

TRIGOLO, Cristiane de Matos.

Casa de Parto: referência na superação do medo e perspectivas das gestantes/ Cristiane de Matos Trigolo. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2011.

73p.

1. Centro de Parto, 2. Casa de Parto, 3. Medo.

CDD: 618.45

Biblioteca da FEMA

CASA DE PARTO: REFERÊNCIA NA SUPERAÇÃO DO MEDO E PERSPECTIVAS DAS GESTANTES.

CRISTIANE DE MATOS TRIGOLO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientador: _____

Analizador (1): _____

ASSIS

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, por me dar a vida e esta oportunidade, aos meus pais (*in memoriam*), a toda minha família, e em especial, meu esposo Eduardo e a minha princesinha, Maria Eduarda, por fazerem parte da minha vida e por estarem presente neste momento tão especial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Pai Onipotente, por tudo aquilo que nos lega ao longo da vida, por permitir que me segurasse em Suas mãos poderosas nas horas em que as forças me falharam, Se revelou presente.

Agradeço de coração, ao meu esposo Eduardo, pela compreensão nos momentos de ausência e mau humor durante os momentos de estresse, onde muitas vezes pensei em desistir, no entanto sempre me apoiou, e através dele realizei está grande conquista. Muito Obrigada!

A minha irmã Raquel, figura importante nesta caminhada, sempre me apoiando, incentivando e proferindo palavras amigas nas horas necessárias. Aos meus irmãos Emerson e Fernando, simplesmente por fazerem parte de minha vida e mais ainda estarem sempre presente.

Agradeço também a Solange e Vera, que se mostraram presentes em todos os momentos que precisei. Aos meus sogros Virgílio e Joana, que desempenham papéis importantes em minha vida, são para mim como Pai e Mãe. Obrigada!

E é claro, a minha princesinha amada, que pela tenra idade, ainda não compreende a necessidade de tudo isso, nem tão pouco é capaz de reivindicar a minha presença, mas que deixou claro o quanto se fiz ausente, contudo em tua pequenez, transmitiu o entusiasmo necessário para que eu pudesse superar e prosseguir, e sem dúvidas ganhar forças para conseguir facilitar os caminhos para seu futuro.

Agradeço também a Todo corpo Docente da FEMA, pois ofereceram conhecimentos fundamentais para o exercício de minha profissão e para toda a vida.

Em especial, pela minha professora e orientadora Rosângela Gonçalves da Silva, pela sua visão holística e pelo incentivo, compreensão, carinho, simpatia e acima de tudo competência para me conduzir no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a minha professora e co-orientadora Elizete Mello da Silva, por sua alegria e por contribuir com a realização deste trabalho, dispenso a elas minha admiração.

Por todas as companheiras (o), de turma e grupo, pelas alegrias, tristezas e dificuldades, por lutarem juntas por um mesmo ideal e pela superação de todos os obstáculos, em especial a Sandra que nas horas de desânimo, uma apoiava na outra.

Agradeço aos amigos que se fizeram presente, pelas orações e incentivos, e a todos que contribuíram direta e indiretamente na elaboração e conclusão deste trabalho.

Parir

Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada.
Respeitada pelos homens e por mim mesma,
pois fazemos a humanidade crescer.
Que as cesáreas, induções, tecnologia,
sejam usadas com magia e saber.
Saber que os médicos dominam,
e nós, mulheres, também.
Conhecendo nosso corpo e instinto,
sabemos mais do que ninguém.
Portanto, minha gente, é hora
de parir como e com quem quiser.
Se durante a noite ou na aurora,
a ordem é esperar quando vier.
Chega de intervir na natureza!
As mulheres precisam compreender,
receber o bebê no coração,
experimentar o "dar à luz e renascer".

(Lívia Pavitra)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, que objetivou em ponderar sobre a relação do binômio mãe/bebê – e o centro de parto normal, descrevendo os principais medos e expectativas das gestantes relacionado ao trabalho de parto e parto. Houve um aumento crescente da hospitalização, intervenções e medicalização da mulher parturiente, onde se estabeleceu o uso rotineiro de condutas para induzir, corrigir, acelerar e monitorar o trabalho de parto. Para que o processo de parir seja reconquistado através da autonomia nas decisões as tecnologias devem ser usadas com critérios e discernimento, as estratégias devem ser praticadas com único objetivo de resgatar o parto normal, de forma que a mulher volte a ter o controle sobre o seu próprio corpo e do seu processo de parturição. Sendo assim as casas/centros de parto, vincularam uma assistência humanizada, segura e com menos intervenções possível, garantindo os aspectos fisiológicos natural do parto e nascimento, além de analisar as expectativas e anseios que as mulheres trazem consigo, como a participação da família e as escolhas referentes ao seu próprio parto. Ao término da pesquisa, consideramos ser imprescindível a realização de novas pesquisas sobre o assunto, com ampla divulgação de seus resultados, visando contribuir para construção de novos conhecimentos para profissionais da saúde e para proporcionar às mulheres a obtenção de um grau maior de satisfação do processo parturitivo.

Palavras Chave: 1- Centro de Parto, 2 – Casa de Parto, 3 - Medo, 4 - Perspectivas.

ABSTRACT

It is a literature review, qualitative, that aimed to ponder on the relationship of both the mother / baby - and the center of a normal delivery, describing the main fears and expectations of pregnant women related to labor and delivery. There was a marked increase in hospitalization, interventions and mother medicalization of women, where they established the routine use of conduits to induce, fix, speed up and monitor the labor. For the process of giving birth is regained autonomy in decision-making through technology should be used with discretion and discernment, strategies should be practiced with the sole purpose of rescuing normal birth, so the woman to regain control over their own body and its process of parturition. So the houses / labor centers, attached a humanized, safe and with less intervention possible, ensuring the physiological aspects of natural labor and birth, and analyze the expectations and desires that women bring with them such as family involvement and choices regarding their own deliveries. At the end of the research, we consider it essential to conduct further research on the subject, with wide dissemination of its results, to give women to obtain a higher degree of satisfaction parturitivo process.

Keywords: 1 – Birthing center 2 – House of Birth, 3 - Fear, 4 - Perspectives.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Parteira no auxílio a mulher no momento de parturição.....	21
Figura 2- Um homem – Parteira.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CP- Casa de Parto

CPN- Casa de Parto normal

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PHPN- Programa Humanização no Pré-parto, parto e Nascimento

RN- Recém- nascido

SUS- Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
1.2. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA.....	18
2. METODOLOGIA.....	19
3. DEFINIÇÃO DE CASAS/CENTROS DE PARTOS.....	21
3.1. BREVE HISTÓRICO.....	21
3.2. SURGIMENTO DAS CASAS DE PARTO.....	25
3.3. PORTARIAS 888/GM E PORTARIA 985/GM.....	30
4. ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NAS CASAS DE PARTOS.....	33
4.1. ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS CASAS/CENTROS DE PARTO	34
5. RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA PARTO NORMAL.....	37
6. PARTO NO DOMICÍLIO.....	41
7. PARTO HUMANIZADO.....	45
7.1. HOSPITALIZAÇÃO, INTERVENÇÃO E MEDICALIZAÇÃO.....	47
8. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	50
8.1. O MEDO DA DOR DO PARTO.....	50
8.2. ELEMENTOS E RECURSOS PARA ALIVIO DA DOR.....	54

9. ESCOLHA DO TIPO E LOCAL DO PARTO.....	58
9.1. TIPOS DE PARTO.....	60
10. ESCOLHA DO ACOMPANHANTE.....	63
11. ESCOLHA DO PLANO DE PARTO.....	64
12. CONCLUSÃO.....	65
13. REFERÊNCIAS.....	66

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O período gravídico-puerperal é um momento que ocasiona mudanças físicas, sociais e psicológicas na vida das mulheres e da família. Sendo o momento gestacional, um marco muito importante no ciclo vital feminino que dá a todas as mulheres a oportunidade de alcançar novos níveis de explanação e acréscimo a personalidade (SEVASTANO; NOVO, 1981). Também é uma ocasião que traz muitos anseios, medos e expectativas geradas pela espera do momento do parto e nascimento.

“Entendemos que são dois os momentos distintos: para a mulher é o momento em que ela dá à luz e está ocorrendo o que se denomina de PARTO. Já, para o bebê, o novo ser que vem ao mundo, ocorre o seu NASCIMENTO” (ALMEIDA et al, p. 355 – 359, 2005).

Sendo o parto um processo que ocorre há séculos, ficamos extasiados ao ouvir relatos de como o ambiente era sereno e tranqüilo onde aconteciam os nascimentos, aonde nossas avós relata que eram assistidas por parteiras que respeitava a forma de vida da parturiente e de sua família, donde muitas vezes os esposos que acolhiam e amparavam a criança que chegava (SODRÉ; LACERDA, 2007).

No Brasil a imagem assistencial tem sofrido mudanças muito polêmicas e é alvo de muitos estudos para conjugar as práticas obstétricas que valorizam e ponderam a escolha e autonomia da parturiente ao dar a luz (GONÇALVES et al, 2011). Essas mudanças no modelo de assistência obstétrica abrange também a legitimidade corporativa do profissional, ocorrendo um redimensionamento dos atores na cena do parto, trazendo a mulher a ser a protagonista do seu próprio parto, propiciando maior participação da enfermeira em casas e centros de parto em detrimento ao que fora outrora, ou seja, elevada intervenção médica e procedimentos cirúrgicos. (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Caron e Silva (2002) relatam que os povos se envolveram em um modelo estruturado na racionalidade, no tecnicismo, mercantilismo e na carência de princípios humanísticos,

onde mãe e filho são vistos apenas como sujeitos da assistência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o parto de baixo risco quando tem início espontâneo entre 37 e 42 semanas de gestação completas, sem sofrer nenhum incidente que ocasione algum risco, sendo sustentado o quadro durante todo processo gestacional e que conduza numa ação natural onde a posição do recém-nascido seja a cefálica de vértice no momento do nascimento. A OMS também garante que a enfermeira obstétrica tem a função de acompanhar os parto de uma gestação de baixo risco e serem auxiliados com total segurança no domicílio, numa casa de parto ou na maternidade de um hospital (CAMPOS; LANA, 2007).

“Vale destacar que os Centros de Parto Normal surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar.” (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Para Araújo e Oliveira (2006):

O parto é considerado um dos momentos críticos para cada uma das que fazem parte da população feminina, devido ao medo e a ansiedade que nesta fase estarão mais evidentes, além do próprio processo fisiológico do trabalho de parto e dos fatores exógenos que estarão atuando conjuntamente.

Os momentos de parturição compõem exclusivamente em um acontecimento biológico desprovido de outros fatores essenciais ao ser humano e a sua totalidade de vida, como os fatores psicoemocionais, culturais, sociais e econômicos, sendo que o processo de parto e nascimento extraídos do seu contexto natural pode ser traumático tanto para a mãe quanto para o bebê. (ALMEIDA et al, 2005).

Para reforçar as necessidades básicas do indivíduo baseiam-se em níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, caracterizando apenas na maneira de supri-las (MACHADO; PRAÇA, 2006).

A superação dos medos e perspectivas geradas sobre o processo de parturição, os traumas físicos e psicológicos nos faz julgar cabível, deste modo, ponderar sobre a relação deste binômio mãe/bebê- e o Centro de Parto Normal, como alternativa para contemplar as expectativas geradas pelas mulheres no momento do nascimento de sua

prole.

Para Machado e Praça:

[...] as ações assistenciais para ser eficazes devem considerar não só as atividades técnicas, mas as expectativas da mulher. Toda a equipe deve estar atenta no sentido de oferecer-lhe apoio, atenção e respeito de suas crenças e valores, seus medos, suas necessidades. (PASCHOAL; ROGENSKI, 2001 apud MACHADO; PRAÇA, 2006).

Para que o processo de parir seja reconquistado através da autonomia nas decisões em relação ao próprio parto as tecnologias devem ser usadas com critérios e discernimento. Partindo desse ponto de vista as estratégias devem ser praticadas “com o objetivo de resgatar o parto normal como um evento que ultrapassa o âmbito da fisiologia, abarcando a complexidade do processo de gestar, parir e nascer, de forma que a mulher volte a ter o controle sobre o seu corpo e o seu processo de parturição” (GONÇALVES et al, 2011).

De acordo com Almeida et al (2005):

Observamos ser necessário resgatar a liberdade da parturiente que hoje se sente impotente e incapaz de dar à luz sem apropriar-se de medidas intervencionistas; respeitar os direitos da mulher para escolher como e onde quer ter seu bebê e a individualidade da parturiente para sentir-se segura [...].

As casas/centros de parto além de reproduzir um ambiente familiar, também proporciona a segurança da mãe/bebê utilizando os recursos tecnológicos adequados e um modelo padronizado de procedimentos que impulsionam as ações que objetivam (MACHADO e PRAÇA, 2006). Desta forma torna se necessário descrever, identificar e relacionar os benefícios trazidos pelas casas de parto para as mulheres, os recém-nascidos e suas famílias.

1.2 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

Apesar das taxas de natalidade estar diminuindo, ainda é grande a quantidade de partos realizados nas instituições intra ou extra-hospitalar, sendo de real importância a valorização dos sentimentos, desejos e anseios que vem acoplados a essas parturientes e não observando somente os eventos fisiológicos visto que os ciclos gravídico-puerperais não promovem somente alterações físicas, mas emocionais também.

Meu interesse em pesquisar o tema justifica-se por uma experiência pessoal, através do processo gravídico e de parturição tanto pré, intra e pós-parto e como acompanhante e expectadora de outros processos de parturição, onde percebi a nítida desvalorização dos sentimentos, angústias, medos e incertezas que as mulheres em geral vivenciam neste período especialmente as primigestas que levam em seus anseios a incerteza do que irá acontecer, sem a oportunidade de serem protagonista neste momento único de suas vidas.

Deste modo, considero de extrema relevância a realização deste estudo, enfatizando a necessidade de identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de parturição, tal como nos processos anteriores e posteriores ao ciclo gravídico, sendo observada e respeitada a escolha da mulher de como vai ser, onde vai ocorrer, com quem vai ser ou quem vai acompanhar esta ocasião importantíssima de sua vida, fornecendo assim a liberdade (autonomia) de como gostaria de vivenciar este momento único.

2. METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado através de uma pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo, onde a busca aos artigos foi realizada por meio de acesso eletrônico as bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, através do portal do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Revista Latino-Americana de Enfermagem, além desses, somou-se a pesquisa de publicações inerentes ao assunto, de naturezas diversas, tais como artigos de jornais e revistas na área da saúde da mulher.

A revisão de literatura “(...) permite a orientação sobre o que é e o que não é conhecido, confirmando qual a pesquisa que pode trazer melhor contribuição ao conhecimento” (MELNY; FINEOUT-OVERNEOUT, 2005)

O percurso metodológico desta pesquisa fundamentou-se em Marconi e Lakatos (2003), onde descrevem as oito fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação final.

- 1 **Escolha do tema:** surgiu a partir de experiência pessoal, através do processo gravídico e de parturição tanto pré, intra e pós-parto e como acompanhante e expectadora de outros processos de parturição, onde percebi a nítida desvalorização dos sentimentos, angústias, medos e incertezas que as mulheres em geral vivenciam neste período especialmente as primigestas.
- 2 **Elaboração do plano de trabalho:** nesta etapa, desenvolvemos estudos sobre trabalhos científicos em diversas fontes, a fim de adquirir conhecimento sobre a metodologia científica para elaborar de maneira clara e objetiva essa pesquisa que constitui de introdução, justificativa, objetivo, metodologia e referências.
- 3 **Identificação:** Foram considerados para leitura os artigos publicados no Brasil, disponíveis na íntegra, com resumo, em língua portuguesa ou espanhola, sem limite de data de publicação, que abordem o tema parto e nascimento.
- 4 **Localização:** a busca por essas fontes aconteceu em bases de dados LILACS,

SCIELO e BIREME, através do portal do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Revista Latino-Americana de Enfermagem, utilizando-se de palavras-chave como: centro de parto, casa de parto, medo, perspectivas..

- 5 **Compilação:** após acessar esses artigos, realizamos a impressão dos mesmos e programamos a leitura e fichamento.
- 6 **Fichamento:** após a seleção do material, foi realizado o fichamento dessas fontes, etapa que corresponde à leitura sistemática dos artigos, afim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo, objetivando um resumo da obra que apontasse as idéias centrais desenvolvidas pelos autores.
- 7 **Análise e Interpretação:** essa análise é totalmente de caráter qualitativo, baseou-se e foi desenvolvida a partir das seguintes questões direcionadoras:
 - Quais os medos predominantes das mulheres na hora do parto?
 - Quais são as alternativas relevantes para superara a expectativa da mulher em relação ao parto?

3. DEFINIÇÃO DE CASAS/CENTROS DE PARTOS.

3.1. BREVE HISTÓRICO

De acordo com a história o amparo ao parto era unicamente feminino, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Até meados do século XVII, o parto era instituído por ambiente de sentimentos aflorados de muita confiança e respeito onde proporcionava a parturiente à tranqüilidade necessária para superar a dor deste momento, deste modo, as parteiras eram notórias na sociedade, não pelo conhecimento científico, mas pela experiência adquirida (MOURA et al, 2007; CORREIA, 1998). “Assim, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades, sendo considerada incômoda à presença masculina durante a parturição” (MOURA et al, 2007).



Figura 1- Parteira no auxílio a mulher no momento de parturição. (In: DUARTE et al, 2010).

Em meados do século XIX, a característica adotada pelas parteiras desta época era o deslocamento até a residência das parturientes, vindo de um processo histórico extenso que marca a evolução de distintas formas de implantação da atenção obstétrica ao nascimento, sendo raro qualquer procedimento no “hospital ou mesmo em qualquer sala de medicina ou de cirurgia, onde uma centena de leitos reservados às mulheres ficava sem uso” (MUSÉE, 2002; RHODES, 1995 apud BITENCOURT; KRAUSE, 2004).

O parto na Idade Média era um evento social, onde o processo de nascer era auxiliado pelas parteiras que tinham a incumbência de gerir o trabalho de parto a fim de trazer a criança ao mundo, sendo acompanhada da família e amigos da parturiente que a circundavam de cuidados neste período doloroso, mas ao mesmo tempo de comemoração. (SILVA, 2010).

As mulheres davam a luz com ajuda de outras mulheres, em meados do século XX, por não serem de camadas de maior renda ou fazer parte da nobreza, assim passaram a ser alvo de interesse dos médicos e os partos a serem realizados por médicos e enfermeiros designados para tal procedimento. (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Entre o século XVIII e XIX, fica claro a disputa pelas práticas e procedimentos relacionados ao parto, sendo assim causa de grande subversão entre os médicos e as parteiras. (MUSÉE, 2002; RHODES, 1995 apud BITENCOURT; KRAUSE, 2004).

“Como em outras partes do mundo, também, no Brasil, os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputar a clientela da parteira”. (OSAWA et al, 2006).

A figura 2, a seguir retrata a realidade daquela época.

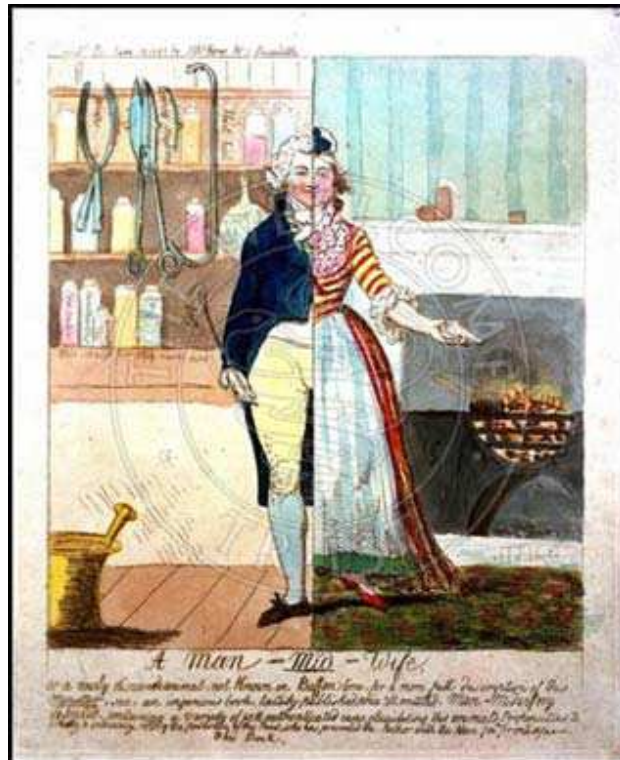


Figura 2 – “Um homem – Parteira”. (In: The Wellcome Library, nº L00012483)

Caricatura que ironiza a condição que dividia o médico/homem da mulher/parteira, simbolizando a disputa obstétrica pela execução do parto entre o século XVIII e XIX. Pintura de S. W. Fores, Londres, 1793.

Neste contexto, o Brasil seguiu até o século XX, onde a época de 1960 foi o marco para estabelecer no País um padrão de evidências tecnocrata, onde a assistência está intensamente ligada à disposição dos médicos nas decisões. (CASTRO, 2003).

A assistência oferecida para as mulheres em trabalho de parto vem sofrendo alterações significativas de paradigma, pois o parto na Idade Média era visto como um evento social (SILVA, 2010), onde todos se mobilizavam com a chegada do novo ser.

“Com o desenvolvimento da ciência da saúde houve um crescimento progressivo da medicalização da parturição, e como isso a fragmentação desse processo em parto e nascimento, o qual perdura até hoje” (ALMEIDA et al, 2005). “O parto passou a ser um evento hospitalar e em detrimento do fisiológico e do natural, estabeleceu-se o uso de condutas para induzir, corrigir, acelerar e monitorar o trabalho de parto” (SILVA, 2010).

Para Moura et al (2007):

[...] na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo.

Com este ritual de internação, a mulher acabou perdendo sua autonomia, privacidade e individualidade e que muitas vezes acarreta no afastamento de seus familiares e de intervenções desnecessárias, como lavagem intestinal, jejum e a limitação para deambular, onde “tais ações resultam na desumanização do parto e na transformação da mulher, do papel de sujeito do processo para o de objeto do parto e nascimento”. (JAMAS, 2010).

O aumento da realização de cesáreas, os altos índices de mortalidade materna e perinatal, nos fazem repensar e analisar o modelo da assistência obstétrica em âmbito hospitalar munido de tecnologia que muitas vezes são usadas indevidamente, onde apesar de toda tecnologia utilizada ainda não é suficiente para apontar resultados positivos na mesma dimensão. (RIESCO et al, 2009).

Moura et al (2007) relata: “Diante do exposto, a mulher perdeu sua privacidade intervencionista sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente e foi oferecido para mulher e seu bebê uma assistência com aparente segurança”.

3.2 SURGIMENTOS DAS CASAS DE PARTO

No Brasil, com a edição da Portaria no. 985/1999 do Ministério da Saúde, que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde, veio à tona a discussão sobre a segurança dos cuidados prestados as parturientes em ambientes extra-hospitalar (CAMPOS; LANA, 2007).

Os CPN surgiram como alternativa para diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal e proporcionar para a mulher em trabalho de parto um atendimento menos desumano e livre de intervenções desnecessárias, contribuindo assim para o avanço de uma assistência qualificada. (CAMPOS e LANA, 2007; MACHADO e PRAÇA, 2006).

Nas CP ou CPN envolvem quatro pontos fundamentais que abrange a necessidade de garantir acesso aos cuidados relacionado ao parto nos serviços de saúde do SUS; priorização na assistência à gestante, ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; garantir a humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. (CLEMENTINO, SILVA, 2008).

Para Martins et al (2005):

A Casa de Parto pode ser uma opção apropriada para se materializar o cuidado integral à mulher parturiente e seu familiar. A instituição e a postura ética do cuidador permeiam a filosofia e os princípios que estabelecem a interação individualizada, coloca as clientes como sujeitos ativos do processo de parturição, respeita os seus direitos de cidadãs.

Nas casas de parto o atendimento a mulher tende a ser somente realizado pelas enfermeiras obstétricas durante todo o período gravídico-puerperal de baixo risco, ou seja, promovendo o acompanhamento no pré-natal, parto e pós-parto. (PROGIANTI et al, 2003).

Nestas casas a equipe é comandada por enfermeiras obstetras, que tem por propósito ampliar as relações afetivas com as parturientes e seus familiares, onde a presença do médico não se faz necessária na maioria das vezes. (ANVISA, 2004). Na qual se discutindo com as mulheres alternativas existentes em relação ao parto, para que

realizem suas escolhas, lhe proporcionado à oportunidade de dar opinião e promovendo o esclarecimento quando a mesma desconhece. (CLEMENTINO, SILVA, 2008).

A ANVISA (2004) ressalta que:

Durante o trabalho de parto a mulher age como se estivesse em casa, mantendo sua rotina para que não perca a tranquilidade. Não há raspagem dos pêlos pubianos nem lavagem intestinal. Normalmente não é feito corte de períneo ou sutura, mas, quando preciso, a equipe está preparada para o procedimento.

Com propósito de “implementar um modelo de assistência ao parto em que a tecnologia disponível pudesse ser usada com critérios e a autonomia da mulher no processo de parir fosse reconquistada”, surge à primeira casa de parto em São Paulo e em 1999 é publicada a Portaria Ministerial 985/GM de 05/08/1999, criando os Centros de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (GONÇALVES et al, 2011; CLEMENTINO, SILVA, 2008).

A literatura é variável em relação ao nome instituído aos CPN, onde no idioma inglês é utilizado birth center ou birth centre, que em português pode ser compreendido como centro de parto, onde o termo intra, peri ou extra-hospitalar pode ser acrescentado. “No Brasil, apesar de CPN ser a nomenclatura adotada pelo MS para designar o ambiente intra ou extra-hospitalar, os centros de parto extra-hospitalares são amplamente conhecidos como Casas de Parto”. (RIESCO et al, 2009; CRUZ e BARROS, 2010).

Campos e Lana (2007) reforçam que “Difundiu-se o discurso acerca das vantagens de um local de parto, fora do hospital, acolhedor e similar ao domicílio, porém com equipamentos e infraestrutura técnica e recursos humanos adequados para as mulheres com gestação de baixo risco”.

Machado e Praça (2006) relatam que as Casas de parto:

Dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica.

Sendo assim “O modelo proposto pelas Casas de Parto configura-se como um cenário para esses cuidados”. (GONÇALVES et al, 2011).

Toda a CP tem a sua disposição ambulância e motorista, devido à possíveis intercorrências com o recém-nascido ou com a mãe, sendo encaminhados para o hospital de referência que de acordo com a legislação referente, devem estar a, no máximo, uma hora de distância. (ANVISA, 2004).

O Ministério da Saúde se fundamentou em resultados de estudos internacionais e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a implantação dos CPN e acerca do local do parto e dos profissionais que acolhem a mulher em trabalho de parto. (CAMPOS; LANA, 2007).

Com as casas de parto as enfermeira obstétrica vem estabelecendo um espaço próprio de atuação, tendo mais “autonomia profissional e possibilidade de desenvolver o seu saber/fazer”. (PROGIANTI et al, 2003).

O CPN está designado a oferecer uma assistência ao parto normal sem distócia pode funcionar de maneira intra-hospitalar, onde é construído no mesmo terreno que o hospital e o extra-hospitalar, que fica localizado fora de uma unidade hospitalar, sendo inserido no sistema de saúde local, ou seja, mantém um hospital de referência para remoções em um período máximo de uma hora. (RIESCO et al, 2009; ANVISA, 2004).

Proganti, Lopes e Gomes (2003) referem-se às Casas de Parto descrevendo que “Esses estabelecimentos geralmente são simples, pequenos, horizontais, com jardins. Exigem pouco investimento econômico em sua estrutura física e grande investimento nos recursos humanos”.

Portaria Ministerial 985/GM/99 recomenda que o quadro de recursos humanos da casa de parto seja composto por enfermeiras obstétricas qualificadas para a reanimação neonatal; auxiliares de enfermagem; agentes administrativos; auxiliares de serviços gerais e motoristas de ambulância, distribuídos em escalas diárias de serviço. (GONÇALVES et al, 2011).

Através da Assembléia Geral do XIII Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em Singapura, foi sugerido que os cuidados obstétricos sejam objetivados a um plano mais periférico e seguro de maneira que as

parteiras/enfermeiras empregassem suas atribuições, enquanto profissionais, de “forma mais eficiente” (OMS, 1996, SEIBERT et al, 2008).

As casas de parto têm como precedência o atendimento humanizado, reconhecendo a parturiente como um todo. “A forma como o parto é tratado nesses locais faz com que a dor, apesar de forte, fique em segundo plano”. (ANVISA, 2004).

Para intensificar a melhora da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas:

Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção. (SERRUYA et al, 2004).

Os CPNs promovem um ambiente aconchegante e familiar “é esse ambiente tranquilo e acolhedor que um número cada vez maior de mulheres escolhe para dar à luz, de forma natural, sem uso de medicamentos e com a presença dos acompanhantes de sua preferência” (ANVISA, 2004).

Nas CP o atendimento a mulher destaca a mesma como protagonista do seu processo parturitivo, dando-lhe total autonomia para decidir quem ira acompanhar neste momento e a posição que será utilizada e onde quase sempre é o companheiro que corta o cordão umbilical do bebê, participando ativamente. (ANVISA, 2004).

Segundo Clementino e Silva (2008) “A autonomia significa autogovernar, escolher, dividir, avaliar, sem restrições internas e externas. Com o critério da autonomia, há uma reviravolta na relação médico-profissional de saúde”.

Cabe ressaltar que as parturientes acompanhadas pelas enfermeiras obstetras precisam de menos intervenções como episiotomia e o uso de analgésicos e os partos vaginais acontecem de forma espontânea que possibilita maior controle durante o trabalho de

parto, em comparação com as mulheres que são assistidas de maneira convencional. (SILVA, 2010).

A enfermeira cabe conduzir o trabalho de parto e é habilitada para atuar no caso de intercorrências, como quando o bebê apresenta circular de cordão. (ANVISA, 2004).

Alguns métodos de alívio da dor e que facilitam a saída do bebê durante o trabalho de parto são ensinados durante o pré-natal e em reuniões de grupo com as gestantes, é possível usar métodos como a bola suíça, banhos quentes, massagem, caminhadas e muitos destes métodos são realizados pelo acompanhante da parturiente, sem esquecer-se do incentivo ao aleitamento materno que também é passado as gestantes no pré-natal e reuniões de grupo. (ANVISA, 2004).

Tais ações têm como objetivo diminuir a morbimortalidade materna e aprimorar os resultados perinatais vindo na humanização do parto alternativas para deslanchar e promover melhores condições de assistências às parturientes e seus bebês. “Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos”. (SERRUYA et al, 2004).

3.3. PORTARIAS 888/GM E PORTARIA 985/GM

Em 1999 as CP são criadas seguindo a regulamentação da portaria 888/GM, de 12/07/99, bem como a concepção dos CPN pela portaria 985/GM, de 05/08/99, “com o objetivo de humanizar e melhorar a assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, diminuindo, assim, o número de óbitos por causas evitáveis”. (BRASIL, 1999; ANVISA, 2004).

No uso de suas atribuições o Ministro de Estado da Saúde, “considerando as experiências positivas de funcionamento de Casas de Parto” para promover uma assistência com qualidade, tais como “a formação dos recursos humanos indispensáveis à superior qualificação do pré-natal, parto e puerpério e cuidados com o recém-nascido em todo o país”, instituem o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde em Artigo 1º da Portaria 888 /GM (BRASIL, 1999).

Segundo a ANVISA (2004):

A legislação define normas e critérios a serem utilizados para criação e funcionamento das mesmas e determina que, assim como outros estabelecimentos de saúde, os centros de parto normal não podem funcionar sem a licença da autoridade sanitária competente do estado ou município, a quem compete ainda aprovar projetos de construção, reforma ou ampliação da estrutura física do CPN.

Na tentativa de resgatar a privacidade da mulher ao dar à luz, a autonomia nas decisões e na busca de maior aconchego, familiaridade e segurança (SILVA, 2010), surgem as CP, uma alternativa já existente em outros países para produzir uma assistência humanizada ao parto, visando à melhoria da qualidade dos cuidados prestados as parturientes e a diminuir os índices de cesarianas no país. (ANVISA, 2004).

A portaria n. 985 (BRASIL, 1999; SANTOS et al, 2002), conceitua as Casa de Parto como “uma unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”. Este conceito representa um impulso para a prática do parto normal, expandindo assim as condições para sua concretização,

passando de atendimento exclusivo do médico para o atendimento diferenciado da enfermeira (DIAS et al, 2009).

Conforme a Portaria 985/Gm, de 05/08/99, em seu Artigo 1º Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, no Artigo 2º estabelece normas e critérios de inclusão do CPN ao SUS onde deve estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde; funcionar em parceria com o nível de referência secundário; manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal. (BRASIL, 1999).

Em seu Artigo 3º, parágrafo I, define que os CPN têm que “desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do RN”. (BRASIL, 1999)

Em seu parágrafo V, garante a assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente e nos parágrafos VIII e IX garante a remoção da gestante e do RN nos casos eventuais de risco ou intercorrências em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora. (SANTOS et al, 2002; BRASIL, 1999).

No Artigo 4º define quais as características físicas do CPN, onde se deve apresentar planta física adequada ao acesso da gestante e dotar de salas para exames, quartos de pré-parto/parto/pós-parto – PPP, área para assistência ao RN, entre outras, possuir ambientes de apoio, tais como copa/cozinha e depósitos, no Artigo 5º define equipamentos mínimos que o CPN devem ter, como: berço comum, berço aquecido, cama de PPP, sonar, incubadora de transporte, fontes de oxigênio, ambulância, dentre outros. (BRASIL, 1999).

O Artigo 6º define os recursos humanos necessários para o funcionamento que devem ser constituídos por 01 (um) enfermeiro obstetra, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância e pode contar ainda com equipe complementar, composta médico pediatra ou neonatologista e médico obstetra. A parteira tradicional também poderá atuar no Centro de Parto Normal. (SANTOS et al, 2002; BRASIL, 1999; GONÇALVES et al, 2011).

O Artigo 7º estabelece que para fins de remuneração das atividades desenvolvidas pelo CPN, ficam incluídas no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, pelo Artigo 8º,

determina que nenhum CPN sem estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do estado ou município, e em seu Artigo 9º define que a construção, reforma ou ampliação devem ser precedidas de aprovação, junto à autoridade sanitária local, já em seu Artigo 10º define que a unidade que preencher os requisitos desta portaria, se integra ao SUS e recebe a remuneração devida. (BRASIL, 1999).

No Artigo 11º estabelece que as Secretárias Estaduais e Municipais devam encaminhar ao MS propostas de implantação CPN inseridos no sistema local (SANTOS et al, 2002; BRASIL, 1999).

Já o Artigo 12º, 13º e 14º determina que o gestor realize vistorias e adote providências para o cadastramento dos CPN; define rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garante os objetivos dos CPN; entrando em vigor na data de sua publicação. (SANTOS et al, 2002; BRASIL, 1999).

Segundo informações do Ministério da Saúde, há cerca de quatorze casas de parto em funcionamento, em vários estados brasileiros, além de projetos aprovados para mais 20. Todas atendem pelo SUS, onde é visível que esta iniciativa encontra um número cada vez maior de adeptas. (ANVISA, 2004).

A Resolução nº 223/99, através do Conselho Nacional de Enfermagem dispõe de legislação que permite ao enfermeiro “a realização de parto normal sem distócia é da competência de enfermeiros e portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher”. E compete ainda a “assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera”. (ANVISA, 2004).

4. ATRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA NAS CASAS DE PARTO

A Lei 7.498/86 regulamenta ao enfermeiro o acompanhamento e a realização do trabalho de parto e parto pelo profissional enfermeiro obstetra. A esses enfermeiros cabe: assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distocia; incumbe ainda a assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. (BRASIL, 1986).

Para que seja viabilizada a atuação dos profissionais Enfermeiros Obstetras e delimitar as suas responsabilidades no âmbito dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Partos, a RESOLUÇÃO COFEN-339/2008, traz em seu Artigo 4º as atribuições dos enfermeiros, entre as quais podemos destacar:

Aos enfermeiros obstetras, atuantes no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, ficam cominadas as atribuições que se segue: Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto; garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem; desenvolver atividades socioeducativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania (BRASIL, 2008; DIAS et al, 2007).

As atribuições conferidas ainda garantem a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final do procedimento; avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando recursos do partograma e dos exames complementares; priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente; prestar assistência ao parto normal sem distócia e ao recém-nascido (BRASIL, 2008; DIAS et al, 2007).

Assegura também a remoção da mulher no caso de eventuais intercorrências do parto e do puerpério, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-a durante todo o percurso até a últimação de todos os procedimentos (BRASIL, 2008; DIAS et al, 2007).

A portaria n. 985 vem consolidar a atuação dos profissionais enfermeiros obstetras no âmbito dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Partos (BRASIL, 1999). Desta forma o novo modelo assistencial do trabalho de parto abrange “componentes múltiplos”, pondo em concordância a “teoria científica com a natureza, o contexto ambiental com o contexto cultural”, onde a função da enfermeira é criar condições mais adequadas para o trabalho de parto espontâneo, somente auxiliando no processo fisiológico natural do nascimento (DAVIM; BEZERRA, 2002).

4.1. ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS CASAS/CENTROS DE PARTO

Nos CPN, tornou-se distinta a atuação dos profissionais de enfermagem nos seus diferentes graus de formação, dando ênfase à enfermeira pela assistência direta ao parto, sendo rara a participação dos médicos (BITENCOURT; KRAUSE, 2004).

A partir do século XXI, as enfermeiras obstétricas e obstetrizes enfrentam diversos obstáculos para prestar assistência nos períodos gravídico-puerperais. Estes entraves deram início no ano de 1990, “quando o movimento de profissionais de saúde e usuárias pela transformação na assistência ao parto tornou-se mais difundido e incisivo” (RIESCO et al, 2009).

O Ministério da Saúde, a partir de 1998 vem preparando enfermeiras obstétricas na participação efetiva aos cuidados na realização do parto, por meio de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e através de portarias ministeriais para incluir o parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS. (ARAGÃO, 2009), “com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica e de regulamentar à atuação do enfermeiro obstetra na realização do parto normal sem distocia, aplicando práticas baseadas em evidências” (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Por assim dizer, a política formulada pelo Ministério da Saúde tornou-se de fundamental relevância para regulamentar, orientar e transformar a visão panorâmica dos cuidados ao parto e nascimento (RIESCO et al, 2009).

A Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, têm sugerido alterações na assistência prestadas à mulher, com intuito de resgatar o parto natural, promovendo incentivos na atuação da enfermeira obstetra nos cuidados ao período gestacional, ao parto e puerpério (CASTRO; CLAPIS, 2005).

No Brasil, por volta do ano de 1832, iniciava o ensino da Obstetrícia, com a denominação de curso de “partos”, realizados em Faculdades de Medicina, juntamente com os cursos de medicina e farmácia, sendo que o curso de enfermagem passou há existir muitos anos depois, “incluindo no seu programa, a arte de enfermeira em obstetrícia e ginecologia” (MOURA et al, 2007).

A atuação do enfermeiro nos cuidados relacionados ao parto é reforçada através da discussão temática a cerca dos resultados do modelo médico de atenção e da atuação das enfermeiras obstetras nos países europeus, onde a atuação da enfermagem nestes locais apresentou resultados significativos e elevado grau de satisfação entre as parturientes (MS, 2008).

Para Aragão (2009), “essas medidas visam à humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal”. Perante os fatos surgiu à necessidade da criação de programas para humanizar o parto e nascimento nas maternidades públicas e a utilizar os CPN para reverter está problemática. (ARAGÃO, 2009). Ressalvo ainda que as mulheres assistidas por enfermeiras obstetras apresentem menos necessidade de intervenções, apresentam domínio no processo parturitivo e os partos evoluem de maneira natural, se comparadas com mulheres atendidas na foram convencional. (SILVA, 2010).

Segundo Hoga (2004):

As enfermeiras preconizam a necessidade de ter consciência das próprias limitações, com adoção de atitudes prudentes e responsáveis em relação às condutas tomadas na realização dos procedimentos. Todo o cuidado e prudência são usados para o desenvolvimento do trabalho, que é caracterizado por ser feito com autonomia, o que contribui, para a satisfação dos profissionais. É deixado claro que o foco da atenção está voltado à qualidade da assistência de enfermagem, o que leva à exaltação natural da profissão.

Neste contexto Davim e Bezerra (2002) relatam que:

Esse novo modelo de assistência ao parto envolve componentes múltiplos, colocando em harmonia a teoria científica com a natureza, o contexto ambiental com o contexto cultural, onde o papel da enfermeira obstétrica é o de ajudar nas forças naturais do parto, mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo do parto natural, vivenciando a ciência, a natureza e a ética, promovendo modificações comportamentais, de acordo com as respostas da mulher.

Hoga (2004) em seu artigo intitulado Casa de Parto: simbologia e princípios assistenciais relatam em entrevista realizada com enfermeiras que atuam em CP, que apresentam sua visão na fala:

A Casa é o local mais apropriado para a enfermeira dar o melhor de si e a mulher ter o melhor dela. É preciso que nós continuemos com esse sucesso, essa vontade de trabalhar, de melhorar e dar essa assistência às mulheres brasileiras. As mulheres que vêm aqui ficam contentes e satisfeitas [...] (HOGA, 2004).

Também se refere ao ambiente onde são proporcionadas condições favoráveis para que o parto aconteça em família, isso nos é mostrado em umas das falas: “O que as parturientes valorizam é o ambiente familiar. [...] O parto aqui é um evento, há todo um envolvimento da família, do pessoal, não só das enfermeiras. Não só a gente está vivendo uma nova fase, mas as famílias também. Em uma ocasião, mãe e filha aproximaram-se muito. Acho que o dia-a-dia dessa família já deve ter mudado”. (HOGA, 2004).

Mas isto não bate com a realidade vivida em ambientes hospitalares, pois em artigo escrito por Araújo e Oliveira (2006), descreve a “dificuldade na definição dos papéis e responsabilidade legal na assistência à parturiente” em falas provindas de médicos, onde relatam: “No meu ver, a gente se beneficiaria muito se fosse permitido, se fosse encorajado à realização de partos normais pelas enfermeiras”.

Cabe lembrar que as enfermeiras obstetras através da Lei nº 7.498/86, artigo 6º inciso II, garantindo o exercício da profissão e o acompanhamento do trabalho de parto, bem como a realização do parto normal sem distócia, de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestésico local quando necessário, também tem competência para

diagnosticar distócias obstétricas e adotar medidas cabíveis até a chegada do médico bem como a emissão de laudo de internação hospitalar (ARAÚJO, OLIVEIRA, 2006).

5. RECOMENDAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA PARTO NORMAL

A OMS em defesa ao parto normal produziu recomendações que visam o bem-estar do binômio mãe/bebê, enfatizando uma assistência diferenciada com o propósito de manter o processo de cuidar otimizado e manter um enfoque na diminuição das intervenções desnecessárias, mas compatíveis com a segurança de ambos reforçando que para intervir no parto normal e no processo natural do parto deve haver um motivo autêntico, ou seja, válido para tal ação. (SILVA, 2010).

As condutas recomendadas estão descritas e classificadas em quatro categorias apresentadas abaixo:

1) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

Realização do plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família. Sendo necessário que este procedimento seja realizado em todo e qualquer parto. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento, sendo de fundamental importância, pois este processo que a mulher vivência traz transformações e mudanças significativas. (MS, 2001).

Também estimula a respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações, respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Muitos lugares não respeitam esse direito alegando que o

acompanhante atrapalha ou que não há espaço para eles, mas sabemos que a presença do acompanhante traz tranquilidade à parturiente. (MS, 2001).

Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos naturais de alívio, recomenda ainda que a mulher tem direito a liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto. Ainda estimular a realização precocemente do contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, seguindo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

2) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

Essas práticas são comprovadamente ineficazes e acarretam prejuízos à parturiente como: uso rotineiro de enema era usado para acelerar o trabalho de parto alegado que as fezes poderiam contaminar o bebê, mas sua prática é incômoda para a maioria das mulheres e estudos a respeito mostra que seu uso não traz as vantagens alegadas. A prática rotineira de tricotomia pode causar inflamação local e o crescimento dos pêlos é incômodo. (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

A administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado, era utilizado por provocar mais contrações fazendo o parto evoluir mais rápido e o leito ser liberado, mas as dores do parto com ocitocina são insuportáveis e podem provocar sofrimento fetal. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto, alega-se facilitar a ação e intervenção do médico, mas está prática faz o parto evoluir de forma lenta, diminui a oxigenação do bebê, e é desconfortável para a mulher. A Lavagem rotineira do útero depois do parto ou revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto, não é aconselhável, pois se o parto evolui espontaneamente, o corpo irá expulsar a placenta naturalmente. . (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

3) Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa, seu uso não deve ser usado de forma inapropriada, pois a imersão da mulher na água antes de cinco cm de dilatação pode ocasionar o relaxamento da musculatura e lentificar o trabalho de parto (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto, pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto, manipulação ativa do feto no momento de nascimento, clampeamento precoce do cordão umbilical, estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação, são práticas que necessitam de mais estudos para comprovação de sua eficácia (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

4) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto provoca fraqueza na mulher prejudicando na hora do parto, alegam utilizar esta prática no caso de evoluir para uma cesárea podendo ocorrer aspiração do alimento, mas este evento é tão raro, que não justificativa. Controle da dor através de analgesia peridural esta ação alivia a dor do parto. . (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços, causando constrangimento desnecessário a mulher, estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário, parto operatório (cesariana), seu uso é deliberado e em muitos casos não é indicado, uso rotineiro de episiotomia, alegando se necessária, mas ocorre uma grande desinformação dos médicos e serviços médicos sobre a necessidade desse procedimento, aumentando a chance de sangramentos, inflamações e infecções e até problemas posteriores na relação sexual. (MS, 2001; CRUZ, 2009; SILVA, 2010).

Essas recomendações propostas pela OMS ressaltam as modificações de atendimento ao parto hospitalar e de rotinas consideradas desnecessárias. (CRIZÓSTOMO et al 2007).

Segundo Crizóstomo, Nery, Luz (2007): De acordo com a OMS, a proposta não é extinguir tais intervenções, mas diminuí-las, e serem usadas somente em situações de necessidade comprovada, “uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê”. (CRIZÓSTOMO et al, 2007)

6. PARTO NO DOMICÍLIO

Até o século passado, as parteiras ou aparadeiras e até mesmo comadres como eram conhecidas consistia em mulheres de confiança da gestante e/ou reconhecidas pela comunidade por sua experiência na realização e acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, que sucedia no domicílio da parturiente, sendo este denominado de “cuidar do resguardo”. (CRIZÓSTOMO et al, 2007).

Muitas vezes as parteiras são mulheres humildes, de baixa escolaridade ou analfabetas, com idade que varia de 18 e 89 anos, e que possuem a dádiva de partejar advindo de suas mães e avós, mantendo o conhecimento que é passado de geração em geração. (MS, 2010).

Antigamente, as mulheres que contavam com o auxílio das parteiras eram preparadas para dar a luz na posição agachada ou sentada, pois nesta época os médicos se demonstravam ser indiferentes à dor das parturientes, sendo assim as mulheres escolhiam as parteiras por motivos psicológicos, humanísticos e por vergonha de expor os órgãos genitais. Pois as parteiras dominavam está arte, sendo capaz de prestar auxílio na gravidez, no puerpério e conduzir o parto por experiência própria, sendo requisitada por sua importância na sociedade. (CRIZÓSTOMO et al, 2007).

Por muito tempo o parto domiciliar sem intervenções era uma prática corriqueira, onde por volta do século XX, o parto deixa de ser um processo fisiológico para se tornar um processo visto como patológico, necessitando muitas vezes de intervenções através de medicalização e até mesmo procedimento cirúrgico, predominando a partir daí a hospitalização e institucionalização. (CRIZÓSTOMO et al, 2007).

No modelo de assistência mais recente, a realização do parto domiciliar está pautado nas práticas culturais de comunidades mais isoladas com as parteiras, onde muitas vezes a dificuldade de acesso aos hospitais, até mesmo ausência ou ainda por dificuldade de acesso pela distância, e também a falta de recursos financeiros. Mas em

se tratando de partos domiciliares realizado com planejamento em grandes metrópoles, fica evidente que se trata de uma escolha da parturiente. (MEDEIROS et al, 2008).

O local em que o parto acontece é de real importância, pois reflete diretamente na parturiente sendo o seu trabalho de parto facilitado ou dificultado em decorrência do ambiente. Há para a realização do parto, onde o mesmo ocorre de acordo com a evolução natural do parto, nomeados CP e aqueles que ocorrem em domicílio (CRIZÓSTOMO et al, 2007).

Medeiros et al (2008), afirma:

“que o ambiente ideal para uma mulher dar à luz está relacionado com um local que lhe permita segurança no nível mais periférico, onde a assistência adequada for viável e segura. No caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade de um hospital de maior porte, ou ainda o seu próprio domicílio”.

No entanto, torna-se relevante que o ambiente escolhido permita a realização dos “cuidados centrados nas necessidades e segurança desta mulher”, sem esquecer-se de valorizar a proximidade de sua casa e cultura em que está inserida (MEDEIROS et al, 2008).

Medeiros et al (2008), relatam ainda que o parto domiciliar tem se tornado cada vez mais freqüente na sociedade atual, não se tratando somente de transformações que desencadeia uma série de novas condutas, valores, emoções e anseios em relação ao parto, e nem mesmo somente de alteração de endereço na maneira de parir. (MEDEIROS et al, 2008).

Segundo Crizóstomo et al (2007), “O parto não é uma doença, é um fenômeno fisiológico, salvo em gestações de risco. Portanto, a grávida não é paciente, pois não está doente, apenas vai parir um bebê, ela é uma parturiente”.

De acordo com Crizóstomo et al (2007), os partos que podem ser realizados no ambiente extra-hospitalar que consiste nas CP ou nos domicílios, devendo abranger as condições de seguridade apontadas, corresponde a 40% dos partos. Os autores relatam ainda que o risco possa ocorrer de igual proporção no hospital como no domicílio, não

sabendo apontar qual ofereceria maior risco para eventos específicos, acreditando que ambos possuam suas indicações.

Para Crizóstomo et al (2007), “O parto em casa atende, de maneira particular, às necessidades psicológicas e sociais e também permite a participação e a presença ativa do pai ou companheiro”. Também possui vantagens, como a liberdade de movimentos e posição, segurança, privacidade, condições excêntricas de acolhimento ao bebê, necessidades afetivas atendidas e autonomia durante o processo, parto e pós-parto.

Em estudos referidos por Crizóstomo et al (2007), faz referência a experiências de parto domiciliar e hospitalares, onde obtive algumas falas relatando a vivência do parto domiciliar: “A parteira pegou três [referindo-se RN], os outros [referindo-se aos filhos] não deu nem tempo, aí a minha mãe cortava o cordão”. Neste relato a mulher tem o amparo das parteiras, mas em alguns casos ocorre sem o auxílio da mesma, não sendo exposto o real motivo.

Crizóstomo et al (2007) relata que a parturiente deve ser assistida por pessoas que possuam algum tipo de qualificação, realizando as intervenções quando se fizer necessárias, não utilizando métodos invasivos, e não tomando isso como rotinas, priorizando o conforto da parturiente e do RN.

Outro estudo realizado por Medeiros et al (2008), traz relatos de mulheres que por opção quiseram ter seus os partos em casa.

No primeiro relato ela se refere ao acompanhamento da enfermeira na realização do pré-natal e consultas de enfermagem: “A preparação foi muito grande do pré-natal até eu chegar ao parto domiciliar, não é assim ‘eu quero e vai lá e faz’, tem que ter uma preparação muito grande pra você entrar no trabalho de parto tranqüila e passar por aquilo numa boa” (MEDEIROS et al, 2008).

No próximo relato mostra a importância da mulher sentir-se aconchegada, segura e amparada por pessoas significativamente próximas. [...] você quer estar na sua casa, com teus familiares, pra mim é fundamental também ter o filho na minha casa, no meu espaço, no espaço onde eu estou familiarizada, com meu marido [...] (MEDEIROS et al, 2008).

Medeiros et al (2008) reforçam ainda que “a formulação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais no sentido de expandir este serviço poderiam possibilitar que esta experiência tão gratificante vivenciada por estas mulheres se tornasse acessível a toda população”.

7. PARTO HUMANIZADO

O MS com o objetivo de proporcionar um novo modelo assistencial cria o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento – PHPN, em junho de 2000 (SERRUYA et al 2004). Essa imprescindível iniciativa possibilita ferramentas para realizar ações no atendimento as mulheres, e visam centrar esforços com intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; acoplar medidas que garantam a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; bem como expandir as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, com investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (MARTINS, et al, 2005; MS, 2010).

Segundo Martins et al (2005):

Humanizar a parturição é envolver-se com-o-outro; é lembrar que no momento do parto está ocorrendo à separação de dois corpos, que até esse momento viveram juntos, um dentro do outro, em ralação de dependência e de íntimo contato. Nesse momento o enfermeiro necessita restaurar a tranquilidade, o equilíbrio, a harmonia interior, com o cuidado, porque é por ele que exercitamos o encontro do ser profissional com o ser-parturiente, restabelecendo o sentimento de perda e esvaziamento, que a parturiente vivencia de forma tão intensa e particular.

Neste contexto todos os profissionais relacionados à saúde devem buscar, receber e transmitir as informações e orientação sobre as vantagens que a medicina baseada em evidências aponta para a humanização do parto e nascimento. (MS, 2008). Devendo ainda observar a especificidade de cada região ou país.

Para Diniz (2005) “A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano”.

Segundo Stefanini (2003), o caminho de modificações dos costumes de uma instituição para humanizar “reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais”, bem como a compreensão dos problemas existentes para elaborar modificações para a resolução dos mesmos priorizando as condições de trabalho que refletirá na assistência as clientes.

A Casa de Parto é dedicada a presta assistência mais humanísticos, destinadas à realização de partos naturais de evolução fisiológica com total atributo, sendo “a representação simbólica de um conjunto de idéias guiadas por um paradigma próprio e diferente do vigente no sistema de saúde atual. E, também, é o símbolo da necessária transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto e nascimento” (HOGA, 2004; MARTINS et al, 2005).

Aragão (2009) reforça que a humanização do cuidado sugere aos enfermeiros que priorizem a autonomia, respeitando a fisiologia natural do processo de parto, oferecendo suporte emocional a parturiente e família, procurando agir com intervenções somente quando necessário, observando os aspectos socioculturais do processo parturitivo, para garantir assim seus direitos.

O Projeto Midwifery, na defesa de uma assistência mais humanizada a parturiente e seu conceito, e em todo processo que passam até a criança vir ao mundo tem por finalidade trazer de volta o parto natural e fisiológico de maneira a não causar anos traumáticos. (DAVIN e BEZERRA, 2002)

A um grande caminho a ser percorrido, em se tratando da humanização do trabalho de parto, parto e puerpério, diante do exposto as Casas de parto trazem sugestões possíveis para proporcionar uma assistência de qualidade a parturiente, RN e família. “Trata-se de uma estrutura institucional menor, preconiza a atuação autônoma do enfermeiro obstétrico, ou seja: facilita a integração da equipe de trabalho, possibilita a colaboração e respeito mútuo entre o grupo profissional e os clientes” (HOGA, 2004; MARTINS et al, 2005).

Martins et al (2005) em seu artigo relata que são dois os aspectos essenciais referentes à humanização sendo: dever das unidades de saúde acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e seguir métodos que visem à presença do acompanhante em todo processo, diminuir as intervenções corriqueiras e desnecessárias e que podem acarretar prejuízos tanto para mãe quanto ao bebê, o que exige do profissional ética e excelência.

Diante do exposto Martins et al (2005) relata que:

Neste sentido, a Casa de Parto é humanizar, é dar a voz da parturiente, permitir que ela seja consciente da sua posição como figura central no processo, fazendo valer seus direitos, sua autonomia e seu valor pessoal. E, cabe ao profissional que almeja uma atuação humanista, promover o envolvimento efetivo da parturiente neste processo como sujeito ativo e consciente dos seus direitos.

A humanização tem ainda um longo e árduo caminho a percorrer para uma abordagem a mulher na sua integralidade, enfrentando todos os desafios existentes.

7.1. HOSPITALIZAÇÃO, INTERVENÇÃO E MEDICALIZAÇÃO.

As queixas e anseios da parturiente se intensificam com a internação hospitalar, devido ao ambiente desconhecido, falta de familiares.

Segundo Gualda (1993) os ritos envoltos ao local de nascimento foram transferidos ao hospital, sendo justificado logo na recepção, onde a parturiente é orientada e são expostas as rotinas e normas, tornando-se passivas dos acontecimentos subsequentes.

Para Diniz (2005) a violência imposta à mulher através de rotinas e interferências que não se fazem necessária prejudica e lentifica o processo natural do parto fisiológico que passa a ser visto como patológicos e sujeito a intervenções, “transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor”.

Neste contexto Gualda (1993) relata que:

Cada vez mais os aparatos tecnológicos utilizados no controle do trabalho de parto e parto, tornaram-se armas poderosas para o incremento do rito hospitalar, tão distanciado das crenças e valores da mulher. Este fator tem influenciado em uma assistência ao parto, atualmente, centrada na equipe de saúde, não na mulher e na criança que vai nascer como acontecia nos idos da história da obstetrícia.

De acordo com Gonçalves et al (2011) as práticas médicas contribuíram para que a mulher deixasse de protagonizar o processo de parto e nascimento, onde outros atores assumiram este papel importante.

Segundo Gonçalves (2011):

Mudaram a cena e o cenário: os partos domiciliares passaram a ocorrer em instituições de saúde e o ato de parir regido por médicos e enfermeiras, entre outros. Introduz-se o hospital como ambiente controlado e seguro e o profissional de saúde como o condutor do processo.

Sendo assim o modelo de assistência ao parto caracterizado por diversas intervenções, estão com os índices elevados, contrariando as recomendações da OMS sobre os critérios no uso das práticas obstétricas (GONÇALVES et al, 2011). Sendo a episiotomia um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados, acerca disso Diniz (2005) revela que a episiotomia “é uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é apropriado, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento”.

Segundo Moura et al (2007):

No agrupamento temático medicalização do parto destacou-se a visão do parto como patológico, em que são usadas técnicas medicalizadas como uso abusivo da tecnologia e a cesariana aplicada sem justificativa obstétrica, fato que tem causado aumento de índices de morbimortalidade materna e neonatal, o que é caracterizado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e de ações educativas.

No Brasil, sobreveio um processo de medicalização do parto e nascimento, que teria condições de uma evolução natural sem risco, isso ocasionou em uma organização da assistência intervencionista centrada no âmbito hospitalar, sendo está visão discutida de uma forma mais holística, com propósito de oferecer uma assistência mais apropriada ao parto, independente da evolução normal ou patológica, no caso de intercorrências (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Para Machado e Praça (2006), toda mulher “em trabalho de parto é permitido expressar seus sentimentos quanto aos procedimentos com os quais não concorda, cabendo à equipe, dentro de suas possibilidades, mudar a conduta de modo que a parturiente sintasse segura em relação à assistência prestada”. Cabe ressaltar aqui que a mulher deve ser muito bem orientada, pois muitas vezes é levada pelas normas e rotinas da instituição, não por imposição da mesma, mas por paradigmas seguidos pela sociedade e por medo de ser taxadas.

Embora a assistência ao parto prestada em CPN ser inovador no Brasil, há estudos que comprovam os resultados positivos que diminuem a influência dos fármacos para alívio da dor. (CAMPOS; LANA, 2007).

Os CPN proporcionam uma assistência voltada para as necessidades das mulheres em trabalho de parto, visando o direito a autonomia, informações relevantes para que possibilite escolher ou rejeitar quaisquer práticas, onde as escolhas sejam conexas e associadas conceito humanitário que beneficia o binômio mãe/bebê. (MACHADO e PRAÇA, 2003).

Dentro deste contexto, os Centros de Parto Normal surgiram como uma opção atenuada entre os partos institucionalizados e os partos domiciliares. Hoje têm como proposta tornar os acontecimentos do parto uma experiência positiva na vida da mulher, com o mínimo de procedimentos invasivos, oferecendo as gestantes uma assistência individualizada, respeitando sua autonomia e sexualidade. (SEIBERT et al, 2008).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos são apresentados a partir das questões direcionadoras, cujas respostas foram organizadas em categorias para melhor compreensão.

8.1 O MEDO DA DOR DO PARTO

Um dos grandes medos associados ao trabalho de parto e parto é o medo da dor, apesar dos avanços da medicina, esta questão é relevante, pois muitas drogas surgiram com objetivo de anestésias a dor, mas elas também privam as mulheres das muitas sensações físicas ligadas ao trabalho de parto e nascimento.

Segundo Dahlke et al (2005), o parto é um processo fisiológico natural e normal, sendo fundamental que a mulher se prepare para o momento do parto diminuindo o medo e ansiedade.

Diniz e Duarte (2008) relatam que além da dor do parto, a segurança do bebê é uma das preocupações da mulher, por isso se faz necessário um grau maior de informações para realizar as escolhas certas, proporcionando maior satisfação e segurança quanto às suas expectativas em relação a vivência do parto.

Neste contexto Almeida et al (2005); Martins et al (2005) relatam que a experiência do parto, os sentimentos, desamparo, desesperança, sofrimento e dor, faz com que os profissionais procurem recursos medicamentosos para abrandar a dor, pois há profissionais que relacionam a ansiedade, o medo e principalmente a dor, entre outros fatores relevantes para o processo e bom andamento do trabalho de parto. Realmente sem apoio, com medo da dor e do desconhecido somados pode intensificar a dor sentida no momento do parto, mas sem dúvidas uma boa experiência de trabalho de parto e parto significa lidar com a dor normal proveniente do processo de abertura do

colo uterino, aliviando ou eliminando as dores desnecessárias, originado de tensões, medos, angustias ambientes indevidos, intervenções médicas discutíveis ou até mesmo a presença de alguém que não deseja.

Figueiredo et al (2002) ressaltam ainda em relação à dor que o medo é citado por mulheres que são indagadas sobre a experiência do parto, fazendo menção especialmente a dor que poderão sentir durante o trabalho de parto e parto, referem ainda o conforto e sobrevida da mãe e seu conceito.

Para Mamede et al (2007) a dor decorre de uma resposta psíquica e reflete nas ações físicas, sendo sentida e experienciada única e exclusivamente por cada mulher, sem esquecer-se dos fatores que influenciam no alívio ou aumento dessa intensidade. Entre os fatores podemos citar cultura, ansiedade e medo, experiência de partos anteriores, conhecimento, preparação e esclarecimentos referentes ao parto e suporte emocional recebido durante este processo, podendo variar a importância que é depositada à dor de acordo com a sociedade, costumes, cultura entre outros (FIGUEIREDO et al, 2002).

Nos dias atuais, com o avanço dos estudos acerca do mecanismo fisiológico gerado durante o parto, surgiram vários métodos para atenuar esta dor, tanto farmacológicos como não farmacológicos onde o último traz menor risco para a parturiente e o bebê (MAMEDE et al, 2007).

Segundo Davim e Bezerra (2002): “o conforto físico pode ser aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e práticas alternativas, que favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de parto e forneça conforto e segurança”.

Para que esses objetivos sejam atingidos é essencial que a gestante seja ouvida, orientada e esclarecida a cerca das opções disponíveis para alívio da dor e conforto. Em estudo realizado por Silva et al (2011), refere que as mulheres e seus familiares “quando orientados sobre a dor do parto, respiração, posições, traz inúmeros benefícios ao binômio mãe-bebê”.

Lembrando-se de acolher a gestante sempre com assistência única e individualizada, pois nem todos os recursos funcionam da mesma maneira para todas as parturientes, devendo respeitar, por exemplo, o gosto musical, observando se ela foi ou não orientada

em relação a cada método em consultas e encontros anteriores, qual método aceita ser realizado, proporcionando um tratamento holístico e humanitário para esta mulher.

De acordo com Silva et al (2011):

O medo da dor é construído ao decorrer do período gestacional, a partir do conhecimento das vivências de outras mulheres da família ou do grupo de convivência, que passaram pela experiência de ter filhos. Por isto é importante orientar e discutir os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto desde o início da gestação, uma vez que se busca a ressignificação da dor, possibilitando maior enfrentamento do parto tornando prazerosa a experiência do nascimento.

Tal importância se dá na construção das orientações a cerca do parto, de práticas não farmacológicas entre outras, no período do pré-natal ou encontros de gestantes, pois no momento em que entram em trabalho de parto, essas orientações se perdem em meio a dores e contrações.

Para Largura (2000) alguns fatores contribuem para diminuir a percepção dolorosa, entre eles a informação correta de tudo que vai acontecer com a parturiente, o limiar individual, o apoio e contato contínuo com familiares e amigos, a confiança nos profissionais, o grau de relaxamento, manter-se ativa, a intimidade relacionada ao ambiente, alimentação e descanso para poder vivenciar uma a uma as contrações livre do medo e da tensão, sendo também relacionada a fatores psicológicos, funcionais e emocionais que deve sempre ser observados, pois afetará diretamente o grau de satisfação experienciada no parto.

A comprovação da presença do acompanhante proporcionando suporte emocional, calma e assim diminuindo a dor, mas os hospitais nem sempre aderem a esta prática por conta de normas internas de segurança. (PROJETO LUZ – JICA, 2000).

Sem dúvidas, a presença de uma pessoa significativa para parturiente traz mais tranquilidade, diminuindo a tensão e medo, pois se sente reconfortada quando conta com a presença de algum de confiança.

O projeto Midwifery estimula o conforto físico através de técnicas de massagem e relaxamento, posições variadas, música, métodos de respiração desenvolvidos para minimizar o desconforto durante o trabalho de parto, podendo assim resgatar o processo

fisiológico do nascimento para proporcionar a parturiente uma experiência satisfatória e menos traumática. (DAVIM e BEZERRA, 2002; ALMEIDA et al, 2005).

Apesar de a dor vivida ser intensa algumas mulheres menciona que a experiência de dor trouxe ao mesmo tempo conseqüências de caráter prático somado a capacidade de enfrentar circunstâncias relacionadas a dor e estresse. (FIGUEIREDO et al, 2002).

Muitas vezes a dor do parto referente ao período de dilatação é menosprezada, e considerada simplesmente parte de um processo fisiológico natural, visto que isto torna a dor mais intensa além de aumentar o desconforto decorrente do processo vivido pelas parturientes, tornando-se para as mulheres um tormento a ser enfrentado e não um momento especial a ser sentido.

Duarte (2005), afirma que “quando nos sentimos confortáveis e seguras, aumentamos nossa capacidade de relaxar e assim nos concentrar no trabalho de parto”, feito de esforço, concentração, dedicação. Existem elementos ambientais, recursos humanos e técnicos com capacidade de auxiliar neste momento intenso de conceber seu filho.

Para Duarte (2005) lidar com essa dor não é fácil, mas os recursos ambientais, humanos e as técnicas disponíveis que podem suavizar este momento, trazem alternativa para aquelas mulheres que desejam experienciar o processo fisiológico natural do nascimento. Dentre eles destacamos: apoio emocional, encorajamento, carinho e atenção, distração, meditação, oração, relaxamento, imersão em água morna, massagem, alongamento, visualização, vocalização, balanço ritmado, movimentação do corpo, cantar, ouvir música, gemer, chorar, gritar entre outros que permita a mulher expressarem e extravasar a dor e desconforto, sem que para isso fique desamparada ou rotulada.

Crizóstomo et al (2007) apresentam em seu artigo falas de mulheres que fazem referencia a dor fisiológica do parto e a forma que foi utilizado para alívio:

“Foi normal, eu sentia dor nas cadeiras, eu sabia que estava com dor de parir quando eu vi o sinal de parir [perdendo líquido], aí ficava andando, caminhando, trabalhando, aí eu mandava chamar a parteira” (...).

(...) “Eu só ia pra rede ou assento quando não agüentava mais, mas o resto do tempo era caminhando direto até não agüentar mais. Aí o menino nascia ela cortava o umbigo. Aí banhava, mas agora não banha mais; elas só o limpavam.

Aí ela cuidava de mim, aí quando dava oito dias, elas iam perguntar como é que eu estava”.

Nesses relatos as mulheres que tiveram seus partos em casa referem ter sido rápidos e de evolução fisiológica natural, sem intervenções, onde tinham total liberdade de caminhar, se alimentar e ingerir líquidos, se tornando protagonista e de maneira ativa no processo parturitivo. (CRIZÓSTOMO et al, 2007).

Segundo Davim e Bezerra (2001):

Na realidade cotidiana, ainda se depara com profissionais que exigem da gestante um comportamento passivo de aceitação da conduta. Percebe-se que, além do conhecimento técnico-científico que detém, não vivencia a sensibilidade, a paciência, a compreensão, enfim, habilidades que não lhes foram anteriormente despertadas.

Neste contexto não fica difícil entender porque muitas mulheres optam por um procedimento cirúrgico. “Ignora-se que o cuidado humano deve ocorrer dentro do respeito à dignidade, à sensibilidade para como o sofrimento, bem como na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável” (MARTINS et al, 2005). O emprego de métodos não farmacológicos tem por finalidade atenuar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação no processo parturitivo (SILVA et al, 2011).

8.2. ALGUNS ELEMENTOS E RECURSOS PARA CONTROLE DA DOR

A experiência dolorosa do parto é difícil para muitas mulheres, mas as medidas para atenuar a dor, o desejo de diminuir o medo e ansios coligados a esse momento, trouxe a tona métodos diferente, que produz tranqüilidade a parturiente, se ela for bem preparada e instruída, alguns são comprovados cientificamente, outros porem ainda em estudos. (FIGUEIREDO et al, 2002).

Segundo Diniz e Duarte (2008) a escolha informada se faz necessário, dentre essas a decisão de como lidar com a dor do parto, pois esta escolha podem ocasionar conseqüências como as muitas lembranças positivas e/ou negativas. Essas escolhas são decisórias para uma vivencia afetiva e efetiva e os cuidados com o RN no puerpério.

Para Silva et al (2011) “no que tange a temática do alívio da dor à parturiente, o uso dos métodos não farmacológicos são propostos como uma opção para substituição de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto”, desde que sejam utilizados de maneira adequada, tornam-se forte aliados para diminuir as intervenções desnecessárias, cesarianas eletivas e a administração de fármacos de rotina.

O apoio emocional pode advim do companheiro, mãe, amiga, doula ou uma combinação dessas pessoas, pois é necessário que a parturiente não se sinta só neste momento significativo para ela, pois a confiança nas pessoas que te acompanham traz êxito ao trabalho de parto. (Duarte, 2005).

De acordo com Diniz e Duarte (2008) a palavra dor não deveria ser utilizada para referir as contrações e sim usar somente o termo contrações uterina ou ondas, pois a palavra dor traz um condicionamento cultural que tão somente colabora para aumentar as expectativas negativas referente ao parto.

Um ambiente propício para o parto é através de silêncio, privacidade e ambiente discreto, onde não tenha que falar durante as contrações, não ter que ouvir conversas paralelas, ou vozes alteradas de comando, ou ainda sons de ambientes vizinhos, não permitir pessoas entrando e saindo todo tempo. A iluminação também colabora, pois para algumas mulheres o ambiente mais escuro ou meia luz, proporciona relaxamento, a musicoterapia também é fonte de relaxamento, mas para algumas pode causar perturbação, sendo primordial a escolha da mulher quanto à música e ao gosto musical, a ser tocados no momento do parto. (Duarte, 2005).

Manter um bom ritmo respiratório proporciona maior oxigenação durante as contrações e o relaxamento nos intervalos, sendo necessária a adequação para cada mulher no decorrer do trabalho de parto. As massagens também produzem relaxamento através

dos impulsos nervosos gerados em determinados locais do corpo que compete com as mensagens de dor enviadas ao cérebro, causando a redução da dor. Pode ser realizados pelo acompanhante em vários locais, como nas costas, durante as contrações, pés e mãos, ombros e pescoço entre as contrações e barriga suavemente, braços e pernas, pois proporciona a mulher sensação de apoio e confiança.

O relaxamento com exercícios mentais gera diminuição do tônus do músculo, evitando que a tensão intervenha na dor (MAZZALI e GONÇALVES, 2008), significa se desligar de pensamentos ruins, das preocupações, e de coisas que não estejam relacionados ao momento do parto, onde a prática da meditação no período gestacional facilita o relaxamento na hora do trabalho de parto, pois a tensão lentifica o trabalho de parto. Uma ótima opção para tentar relaxar e diminuir a dor é a hidroterapia, que pode ser utilizado o chuveiro ou imersão em água morna, ou chuveirada de água morna, observando que correto que seja feita quando a dilatação atingiu 5 a 6 cm, para que não ocorra desaceleração do processo de parto. (Duarte, 2005).

O posicionamento ajuda a corrigir algumas apresentações impróprias do bebê, auxilia no aumento do fluxo sanguíneo do útero, além de propiciar a mulher mais conforto, a deambulação auxilia na mobilidade dos ossos da bacia e diminuindo o tempo de trabalho de parto. O recurso de visualização também é muito válido, pois promove o relaxamento e diminui as tensões, proporcionando a visualização do bebê descendo pela bacia, saindo de dentro dela, seu colo se abrindo, água caindo, coisas ficando pesadas e pendentes, afinal, tudo que apresente uma simbologia e significado de descida e abertura. Além disso, tem outros elementos ambientais que pode ser utilizados como aromas, incensos, velas e luzes coloridas, desde que de escolha da mulher. (Duarte, 2005).

Silva (2010) discorre em seu artigo que a bola suíça, foi demonstrada por estudos que ajuda na estabilidade muscular das regiões peitoral, abdominal e pélvica, que auxiliam o processo de respiração profunda, do puxo e da movimentação pélvica, além de aliviar a tensão e proporcionar relaxamento.

Outras terapias que não foram investigadas e comprovadas, mas tem sido aplicada com resultados benéficos, entre elas: acupuntura, homeopatia, crioterapia, terapia floral,

cromoterapia, óleos vegetais específicos, objetos da parturiente, p reparação para o parto, leitura de livros, conversas com outras mães, são válidos para proporcionar uma experiência excepcional do parto, para toda família envolvida. (DUARTE, 2005; SILVA et al, 2011). Lembrando que estes métodos podem ser utilizados de forma combinada ou isoladamente, reduzindo a necessidade de fármacos e aliviando a dor.

9. ESCOLHA DO TIPO E LOCAL DO PARTO

O processo de tomada de decisão do tipo de parto que é indicado para cada gestante é uma dúvida freqüente vivenciada por estas mulheres e seus familiares, que participam de forma cada vez mais ativa, focando o senso de comprometimento e responsabilidade das partes envolvidas. (DIAS et al, 2009). Os tipos de parto começaram a ser separados em consequência do sistema obstétrico, onde a assistência passou a ser em âmbito hospitalar excepcionalmente feita pelos médicos.

De acordo com Teixeira et al (2007) o desejo da mulher de ser submetida a procedimento cirúrgico se dá por fatores e atitudes pessoais, pois apontam o medo da dor do parto, medo de realizar parto vaginal ou apresentar falha no trabalho de parto, a comodidade de uma cesárea eletiva e o desejo de submeter a laqueadura como elementos predominantes na escolha por nova cesárea quando lhe são oferecidas a opção, mesmo sem indicação médica.

Diniz e Duarte (2008) ressaltam a importância de a parturiente juntamente com a família, faça uma escolha informada sobre o tipo de parto a ser realizado, para que o momento seja coroado com total satisfação.

Em estudos realizados por Figueiredo et al (2002) revela que as mulheres que passam pela vivência do parto normal referem maior grau de satisfação, apresentam uma percepção positiva do parto, além de propiciar um vínculo afetivo dotado de excito. Essa pesquisa revela ainda que a experiência do tipo do parto interfere significativamente na experiência da mulher e por consequência na satisfação e percepção do parto e no contato inicial com o bebê. Desta forma a satisfação referida pelas mulheres se dá pela possibilidade de ser protagonista no processo de parto e nascimento. Para isso as consequências benéficas procedem da possibilidade do contato precoce e prolongado da mãe com o bebê logo após o parto. (FIGUEIREDO et al, 2002). Esta percepção se dá pela fala de uma parturiente, citada no artigo escrito por Medeiros et al (2008), “Eu tinha uma angústia muito grande com essa coisa da separação, do hospital, do neném nascer e eles levarem”. Com liberdade de escolhas no parto para agir e fazer conforme suas necessidades, este se torna mais prazeroso e satisfatório, suprimindo todas as

expectativas da parturiente.

Em seu artigo Medeiros et al (2008), traz relatos de mulheres que tiveram seus partos no domicílio por opção e escolha quiseram ter os partos em casa, onde houve um preparativo e um caminho a ser percorrido. “A preparação foi muito grande do pré-natal até eu chegar ao parto domiciliar, não é assim ‘eu quero e vai lá e faz’, tem que ter uma preparação muito grande pra você entrar no trabalho de parto tranqüila e passar por aquilo numa boa”.

Outra fala, faz referencia ao hospital, a suas normas e rotinas e a falta de autonomia.

“O estranho pra mim não é ter filho em casa, o estranho pra mim é ir para o hospital. E hospital tem isso, essa coisa louca de que você quando entra no hospital perde essa autonomia, essa identidade. Você põe aquela camisolinha ali... É um negócio tão cruel muitas vezes, que você não quer, o quanto você puder evitar isso melhor. Aquela luz toda na sua cara, com aquelas pessoas nada a ver, não tem porque, a princípio, não teria o porquê”. (MEDEIROS et al, 2008).

É notório que só o fato da hospitalização gera desconforto, angustias e anseio na parturiente, por estarem afastadas de sua casa, objetos pessoais e de sua rotina.

[...] você quer estar na sua casa, com teus familiares, pra mim é fundamental também ter o filho na minha casa, no meu espaço, no espaço onde eu estou familiarizada, com meu marido [...] (MEDEIROS et al, 2008).

Está fala que se seguiu caracterizou de forma evidente o quanto as interferências prejudicam a parturiente e o quanto é importante sentir-se acolhida, protegida e amparada num momento tão difícil, mas ao mesmo tempo tão esperado e agraciado.

Medeiros et al (2008) relatam a ainda que “a formulação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais no sentido de expandir este serviço poderiam possibilitar que esta experiência tão gratificante vivenciada por estas mulheres se tornasse acessível a toda população”.

9.1 TIPOS DE PARTO

Como vimos anteriormente os tipos de partos interfere na satisfação da mulher, sendo assim apresentaremos alguns tipos de partos realizados nas casas/centros de parto para que possibilite a independência no momento das escolhas.

“A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis” (OLIVEIRA et al, 2002), fazendo se necessário ouvir as expectativas das gestantes, orientar e sanar todos os tipos de dúvidas referente ao parto e nascimento, possibilitando assim uma maior influencia sobre o próprio parto, tendo ainda direito à alternativa fundamentada na “escolha informada”.

O parto normal na década passada era realizado em casa, mas com o tempo passou a ser hospitalizado, medicalizado, onde estão sendo utilizados procedimentos de rotina para sua realização muitas vezes desnecessárias tais como: tricotomia, administração de ocitocina, lavagem intestinal, jejum, rompimento artificial das membranas amnióticas, parto em posição litotômica, restrição no leito, excesso de manuseio perineal durante manobra de Kristeller e a impedimento da presença de um acompanhante, entre outros e muitas vezes as parturientes não são orientadas em relação às intervenções realizadas (CRUZ, 2009).

De acordo com Cruz (2009) referindo ao parto normal “o que deveria ser “normal” acaba tendo muitas vezes o excesso de intervenções e medicalização. O parto passa de sua normalidade a um evento repleto de procedimentos e interferências realizadas de forma rotineira e, muitas vezes, desnecessária”. (CRUZ, 2009).

O parto natural já se diferencia do parto normal pelas ações centralizadas na parturiente, através de condutas e atitudes profissionais voltadas para o binômio mãe/bebê, e que são realizadas em um centro/casa de parto Normal, onde o parto vaginal/normal não pode ser classificado como parto natural (CRUZ, 2009).

No parto de cócoras, a mulher adota a posição de cócoras para facilitar a descida do bebê, auxiliada pela força da gravidade, promovendo melhor oxigenação. Ela permite

uma melhor participação do pai, proporcionando apoio com seu próprio corpo por traz da mulher (MORAES, 2008; DIAS et al, 2009).

O parto na água é utilizado no trabalho de parto por ajudar no alívio das dores e tensão, além de proporcionar conforto a parturiente e para o bebê. (MORAES, 2008; DIAS et al, 2009).

Temos também o parto humanizado, realizado também por via vaginal, é uma das maneiras de resgatar o parto fisiológico natural, onde a mulher exerce o seu papel de parir. Para Seibert et al (2008) traz a mulher e o RN como foco da assistência, ou seja, centrado nas necessidades da parturiente, tornando para a mãe e a família um acontecimento único e exclusivo. Já a denominação do parto sem dor é freqüentemente confundido com parto sob anestesia, mas há maneiras de adequar técnicas de respiração, massagens, relaxamento dentre outros para o alívio da dor, não de sua ausência. Essas formas naturais diminuem a tensão e medo e conseqüentemente a dor. (DUARTE, 2009).

Já o parto Leboyer, considera a de grande importância o vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e o RN, estimulando um ambiente na penumbra, com pouco barulho e o cessar do pulsar do cordão umbilical, massagem estimulatória, mamadas precoces, entre outros (MORAES, 2008). Entretanto seu enfoque não é voltado para o binômio mãe/bebê, mas somente ao RN (DIAS et al, 2009). Outro tipo de parto é o fórceps, de acordo com Duarte (2005), esse parto não é mais utilizado rotineiramente e sim como “fórceps de alívio”, após a apresentação mais baixa do bebê no canal do parto.

Em relação ao parto cesárea, conforme Seibert et al (2008) a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda 15% de partos cesáreas, mas este gira em torno de 70% dos partos realizados. Porém Figueiredo et al (2002) ressaltam que quando a cesárea tem que ser de fato realizada, deve levar em conta as circunstâncias psicológicas e emocionais da parturiente, com intuito de amenizar o “impacto negativo que pode ter sobre o bem-estar da mãe”.

No artigo referido por Crizóstomo et al (2007) relata a fala de uma parturiente onde: “Fico em pé. Fico em pé todo tempo, na hora que eu sinto que vai nascer aí eu entro pra dentro, aí meu marido me segura e a parteira segura o RN”.

No entanto, não importa o tipo de parto ou a posição assumida na hora do parto e sim aquele que parturiente escolhe, dando ênfase ao domínio que a mulher tem processo parturitivo, sendo que esse deveria ser o enfoque da atenção obstétrica ao parto: “oferecer um ambiente de parto onde a mulher possa se concentrar naquilo que seu corpo pede”. (DUARTE, 2005). Neste contexto Cruz e Barros (2010) relatam que “diminuição das intervenções no processo natural do parto e a utilização adequada da tecnologia são conceitos norteadores dos CPN, incorporando, assim, a filosofia da humanização na assistência prestada”.

10. ESCOLHA DO ACOMPANHANTE

Através da Lei n. 11.108, que permite a presença de acompanhantes da escolha da parturiente durante o pré- parto parto e pós-parto, tanto no SUS, como na rede privada, faz com que as parturientes sintam mais confiança e segurança, diminuindo o medo e tensão. (BRUGGEMANN et al, 2005).

Para Diniz e Duarte (2004), a presença de acompanhante no parto traz muitos benefícios, como para a mãe e o bebê, dentre eles o menor risco da realização de procedimento cirúrgico, maior estimativa de experiência positiva e maior grau de satisfação, risco baixo de apgar menor que sete, maior facilidade no processo de amamentação, dentre outros.

Talvez a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, não tenha condições por si só de proporcionar suporte adequado, no entanto, podem ser oferecidas as condições necessárias a pessoa escolhida. (BRUGGEMANN et al, 2005). Para isso o acompanhante pode ter o auxílio e contribuição dos profissionais de saúde na maneira correta de conduzir os cuidados apropriados no amparo à mulher (ARAGÃO, 2009).

Neste contexto surgem as doulas, que por sua vez dão suporte físico e emocional às parturientes antes, durante e após o parto (SANTOS; NUNES, 2009), onde “o apoio oferecido pelo acompanhante de escolha da parturiente e pela doula se complementam”, a palavra doula originou-se do grego que significa “mulher que serve” (SOUZA; DIAS, 2010).

O Ministério da Saúde em sua publicação, Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher define doula como uma acompanhante treinada que, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do processo de parto e nascimento, esclarecendo-a quanto às intervenções e procedimentos, para que a mesma possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas neste momento. (SOUZA; DIAS, 2010).

11. ESCOLHA DO PLANO DE PARTO

Segundo o MS (2001) o Plano individual permite determinar onde e por quem o parto será realizado, sendo elaborado em conjunto com a mulher no período gestacional, e informado ao marido/ companheiro e se necessário também à família.

O plano de parto é pouco utilizado, mas constitui uma ferramenta importante para completar a assistência a gestante e seu conceito, este planejamento deve determinar “onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações”, formando vínculo com os profissionais de saúde e o casal. (OLIVEIRA et al, 2002).

Para Medeiros et al (2008) reforça que os encontros de gestantes e consultas de enfermagem, é o momento ideal para a elaboração do plano de parto, possibilitando a participação da mulher ou casal, nas decisões. No entanto o maior significado do plano de parto é proporcionar uma reflexão relativa ao parto.

De acordo com Dahlke et al (2005), o plano de parto é significativo, mas pode ser interrompido a qualquer instante e adaptado as circunstâncias se necessário, porém em concordância com o desejo da mulher, os autores relatam ainda da importância de se criar vínculos entre o profissional e a parturiente, pois assim a mulher sentirá mais segura e confiante que o plano de parto só será alterado quando for comprovadamente necessário.

12. CONCLUSÃO

Nos tempos de hoje, o parto não é vivido simples e puramente como instintivo, mas apesar de tudo muitas mulheres têm buscado cada vez mais a vivência do parto natural. As parturientes e suas famílias carecem de informação tanto quanto apoio, pois se estiverem bem preparados para vivenciar o parto, as tensões diminuem, dando espaço a segurança e confiança. Essas informações devem ser transmitidas no pré-natal, aumentando as chances de conscientização em relação a melhor escolha para o parto, no caso o natural.

Esta atitude simples e de baixo custo, além de não aumentar riscos, diminui o sofrimento e oferece uma vivência mais harmoniosa do parto para o casal e a família.

Está na hora das mulheres começarem a lutar por esses direitos, alguns já garantidos por lei, outros já comprovados por inúmeros trabalhos científicos e amplamente difundidos no mundo inteiro. É a partir das nossas exigências que os serviços médicos serão forçados a se atualizar e oferecer um verdadeiro atendimento humanizado.

Acreditamos que humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida em cada nascimento. A técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas.

Concluindo, após a realização desta pesquisa, ficou claro que ainda há intervenções desnecessárias no processo de parir, tornando-se imprescindível a realização de novas pesquisas com ampla divulgação de seus resultados, visando contribuir para construção de novos conhecimentos para profissionais da saúde no intuito de torná-los propulsores de novas condutas em relação à concepção de uma criança desde a sua fecundação e para proporcionar às mulheres a obtenção de um grau maior de satisfação do processo parturitivo.

13. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilsa Alves Marques et al. **A humanização no cuidado à parturição**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005;7(3):355-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_02.htm. Acesso em: 23 Set 2011.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Boletim Informativo. **Casas de Parto investem na valorização da mulher**. ISSN 1815-6377 nº 44, p. 4-5, Junho 2004.

ARAGÃO, Carolina de Oliveira. **Assistência de Enfermagem ao Parto Normal Humanizado**. Jul. 2009b. Disponível em: www.webartigos.com/.../assistencia-de-enfermagem-ao-parto-normal-humanizado/20670/. Acesso em: 28 de agosto. 2011.

ARAÚJO, Nara Regina de Albuquerque Santos; OLIVEIRA, Sheyla Costa de. **A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife – PE**. Cogitare Enfermagem jan/abr; 11(1):31-38, 2006.

BITENCOURT, Fábio; KRAUSE, Cláudia Barroso. **Centro de Parto Normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), resolução n. 339. **Normatiza responsabilidade civil e atuação do enfermeiro obstetra**. Set. 2008. Disponível em: http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/noticia_view.asp?id=25682>. Acesso em: 03 de out. 2011.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação de exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF, 26 de jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O modelo de atenção obstétrica no setor da Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Rio de Janeiro, 158 p., 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM, nº 888, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no âmbito do SUS, 1999.

BRASIL. Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999. **Dispõe sobre Criar o Centro de Parto Normal, no âmbito do SUS, para o atendimento a mulher no período gravídico-puerperal**. Brasília 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; p. 199, 2001.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela; OSIS, Maria José Duarte. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura**. *Caderno de Saúde Pública*. 21(5):1316-1327, 2005.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. **Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1349-1359, jun, 2007.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. **Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.4, p. 485-492. ISSN 0104-1169.

CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. *Rev Latino-am Enfermagem*, novembro-dezembro; 13(6):960-7, 2005.

CASTRO, Jamile Claro. **Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

CLEMENTINO, Maria Ofélia Simões SILVA, José Vitor da. **Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de púerperas de São Paulo, SP** *O Mundo da Saúde São Paulo* 20; 32(4):452-457, 2008.

CORREIA, Maria de Jesus. **Sobre Maternidade. Análise Psicológica**, 3 (XVI): 365-371, 1998.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio, LUZ, Maria Helena Barros. **A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR E HOSPITALAR**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; 11: 98-104, 2007.

CRUZ, Andréa Porto da. **Parto natural e parto normal: quais as diferenças**. Revista de Enfermagem, ano10 nº 81, p. 21-25, Julho, 2009.

CRUZ, Andrea Porto da and BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal**. Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 366-371. ISSN 0103-2010.

DAHIKE, Rudiger; DAHIKE, Margit; ZAHN, Volker. **O caminho para a vida: gravidez e parto levando em conta o ser humano como um todo**. Tradução Zilda Hitchinson Schild Silva. São Paulo, ed. Cultrix, 2005.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; BEZERRA, Luiz Gonzaga de Medeiros. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência**. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 10(5):727-32, 2002.

DIAS et al. **Atuação do profissional enfermeiro: recuperando o parto normal**. (Monografia), Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciênc. Saúde Coletiva 10(3):627, 2005.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Editora UNESP, p.179, 2004.

DUARTE, Ana Cristina. Dor do parto. **Amigas do Parto**. 2005. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/dor.html>>. Acessado em: 25 de julho. 2011.

DUARTE, Ana Cristina. **Parto Humanizado**. 2005. Disponível: <http://www.amigasdoparto.com.br/partohumanizado.html>. Acesso em: 15 Set. 2011.

DUARTE, Ana Cristina. Tipos de Parto. **Amigas do Parto**. 2005. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/tipos.html>>. Acessado em: 25 de julho. 2011.

DUARTE, Ana Cris. Tipos de Parto. **Imagens artísticas antigas e históricas de partos**. 2010. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/tipos.html>>. Acessado em: 25 de julho. 2011.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra. **Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas**. *Análise Psicológica*, 2 (XX): 203-217, 2002.

GONÇALVES, Roselaine et al. **Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1):62-70, 2011.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 1993.

HOGA, Luiza Akiko Komura. **CASA DE PARTO: simbologia e princípios assistenciais**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), set/out; 57(5): 537-40, 2004.

JAMAS, Milena Temer. **Assistência ao parto em um Centro de Parto Normal: narrativas das puérperas** (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais**. 2. Ed., São Paulo, 2000.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. *Rev. Esc.*

Enfermagem USP, 40(2):274-9, 2006.

MAMEDE, Fabiana Villela; ALMEIDA, Ana Maria de; SOUZA, Luiz de and MAMEDE, Marli Villela. **A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.6, pp. 1157-1162. ISSN 0104-1169.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5º ed. São Paulo. Editora Athas, 311 p., 2003.

MARTINS, Cleusa Alves et al. **Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005;7 (3):360-5. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_03.htm. Acesso em: 31/08/11.

MAZZALI, Lucina; GONÇALVES, Ronald Nascimento. **Análise do tratamento fisioterápico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal.** Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde; Vol. XII nº 1, p. 7-17, 2008.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; SANTOS, Inês Maria Meneses dos and SILVA, Leila Rangel da. **A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência.** Escola Anna Nery, vol.12, n.4, pp. 765-772. ISSN 1414-8145, 2008.

Melny BM, Fineout-Overneout E. Making the case for evidence-based practice. In Melny BM, Fineout-Overneout E. Evidence-based practice in nursing & health care. A guide to best practice. Philadelphia: LWW; 2005. p. 3-24.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Promoção e Assistência à Saúde. Coordenação Materno Infantil. **Diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras**

Tradicionalis e experiências exemplares. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, p.90, 2010.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** Rev. bras. enferm. [online], vol.60, n.4, pp. 452-455. ISSN 0034-7167, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018. Acesso em: 15 Set. 2011.

MORAES, Eleonora de. Tipos de Parto? Que classificação é essa? **Despertar do Parto.** (2008). Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/Home/ArtigosporEleonora/TiposdePartoQueclassifica%C3%A7%C3%A3o%C3%A9essa/tabid/380/Default.aspx>>. Acesso em: 15 Set. 2011.

Organização Mundial de Saúde- OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família, 53 p., 1996.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Maternidade Segura.** Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS: 1996.

OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzáles; TSUNECHIRO, Maria Alice. **Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras parteiras: a interface de profissões afins, porém diferentes.** Revista Brasileira de Enfermagem, 59 (5):699-702, set-out, 2006.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.10, n.5, pp. 667-674. ISSN 0104-1169, 2002.

PROGIANTI, Jane Márcia; LOPES, Alessandrée Silva; GOMES, Raquel Cristina Pitão. **A Participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto.** Revista de Enfermagem UERJ; 11: 273-7, 2003.

POLETTO, Alex Sandro Romeo de Souza; FERREIRA, Eliane Aparecida Ribeiro (Orgs). **Diretrizes para elaboração de trabalhos Acadêmicos-Científicos.** Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – 80 p., Assis, 2010.

PROJETO LUZ-JICA. **Manual do Parto Humanizado**. Fortaleza, 2000.

RIESCO et al. **Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica**. Rev. Esc. Enfermagem USP, 43(Esp. 2): 1297-302, 2009.

SANTOS, Cecília Cardoso et al. **Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido: manual**. São Paulo: ABENFO; 2002.

SANTOS, Denise da Silva and NUNES, Isa Maria. **Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem**. Esc. Anna Nery [online]. 2009, vol.13, n.3, pp. 582-588. ISSN 1414-8145.

SEIBERT, Sabrina Lins; GOMES, Maysa Ludovice; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 12 (4): 758-64, dezembro, 2008.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 4 (3): 269-279 jul. / set., 2004.

SEVASTANO, Helena; NOVO, Djalma Pereira. **Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu**. Revista de Saúde Pública; São Paulo, 15. 101-10, 1981.

SILVA, Lia Mota e. **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. Tese de Mestrado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo/SP, p. 13 – 108, 2010.

SILVA, Eveline Franco da, STRAPASSON, Marcia Rejane, FISCHER, Ana Carla dos Santos. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto**. R. Enferm. UFSM; 1(2):261-271, 2011.

SODRÉ, Thelma Malagutti; LACERDA, Rúbia Aparecida. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR**, Rev. Esc. Enfermagem USP, 41(1):82-9, 2007.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. **História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher.** Acta paul. enferm. [online], vol.23, n.4, pp. 493-499. ISSN 0103-2100, 2010.

STEFANINI, Maria Lúcia Rosa. **Humanização da Saúde.** BIS - Boletim do Instituto de Saúde, nº 30 - ISSN 1809-7529, Agosto 2003.

TEIXEIRA, Rosângela Gonçalves et al. **Avaliação dos índices e motivação para o parto cesárea.** (Monografia), UNIP – Universidade Paulista, Assis-SP, 2007.