



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

**VIVIANE GONÇALVES DA SILVA**

**O PARTO HUMANIZADO**

**Assis  
2011**

**VIVIANE GONÇALVES DA SILVA**

## **O PARTO HUMANIZADO**

Projeto de pesquisa 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.<sup>a</sup> Enf. Elizete Mello da Silva

**Área de Concentração:**

Assis  
2011

# **O PARTO HUMANIZADO**

**VIVIANE GONÇALVES DA SILVA**

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:** \_\_\_\_\_

**Analisador (1):** \_\_\_\_\_

**ASSIS**  
**2011**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Francisco e Darcy e  
ao meu irmão Paulo Sérgio, pelo esforço  
e dedicação incondicionais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Deus por iluminar sempre meus caminhos, me dando força para enfrentar os percalços e esperança na construção de um mundo melhor.

Aos meus professores responsáveis pela minha formação profissional, científica e ética, especialmente aos coordenadores de curso e de estágio, Rosângela e Salviano, por exercerem suas funções de forma competente e humanizadas.

A minha orientadora, Elizete, carinhosamente chamada de Dedé, sempre presente no caminho do aprendizado e da pesquisa, de forma carinhosa e amiga.

A minha família, meu pai e minha mãe, meu irmão e minha cunhada e meus sobrinhos. Obrigada por tanto amor e compreensão.

Finalmente, aos meus amigos por ter tornada esses 04 anos de curso momentos de cumplicidade, superação e felicidades...

*“Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.” Cora Coralina*

SILVA, Viviane Gonçalves da.

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo pontuar os cuidados necessários para a realização da parturição humanizada, estando diretamente relacionados ao trabalho despendido pelo profissional enfermeiro, que internaliza e vivencia essa experiência juntamente com o paciente e os outros profissionais envolvidos. Ainda, busca-se explanar sobre o conceito e importância da humanização das práticas e da atenção à saúde, procedimento que está na pauta internacional de discussões há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva. Discute-se, assim, as questões ligadas à humanização da saúde a partir da concepção da humanização como política de saúde e como prática profissional. Além disso, são apresentadas proposições para contribuir a formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão que podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde.

**Palavras Chave:** parto humanizado, diretrizes, evolução, enfermeiro.

## **ABSTRACT**

This study aimed to point out the care needed for the realization of humanized childbirth, being directly related to the work spent by the nurse, who internalizes and experience them with the patient and other professionals involved. Still, we seek to expound upon the concept and importance of humane practices and health care, a procedure that is on the international agenda of discussions for several decades and in recent years, has gained national prominence in the scientific literature, especially in publications related for Public Health. It is argued, therefore, issues related to the humanization of health from the concept of humanization as health policy and as a profession. In addition, proposals are presented to contribute to professional training on the health sector since graduation, and allowances for reflection that can strongly influence the training and later with the operations and the practices in the health services.

**Keywords:** humanized delivery, guidelines, evolution, nurse.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITULO 1. O PARTO HUMANIZADO: ORIGEM E EVOLUÇÃO..</b>	<b>12</b>
1.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DO PARTO.....	13
1.2 OS CUIDADOS DO PRÉ-NATAL.....	16
1.3 PARTO NORMAL X PARTO NATURAL X PARTO NA ÁGUA X CÓCORAS X CESÁREA.....	19
1.4 O PARTO HUMANIZADO E O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO..	23
<b>CAPÍTULO 2. AS DIRETRIZES DO SUS QUE INCENTIVAM O PARTO.....</b>	<b>27</b>
2.1 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.....	30
<b>CAPITULO 3. O PAPEL DO ENFERMEIRO E DA EQUIPE DE SAÚDE (MULTIDISCIPLINAR) DURANTE O PARTO HUMANIZADO.....</b>	<b>32</b>
3.1 A FUNÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO.....	33
3.1.1 DEVERES DO ENFERMEIRO.....	34
3.2 O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DURANTE O PARTO HUMANIZADO.....	36
3.3 AS VANTAGENS DO PARTO HUMANIZADO PARA A EQUIPE PROFISSIONAL, PARA A MÃE E O BEBÊ.....	38
3.3.1 VANTAGENS DO PARTO HUMANIZADO.....	40
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

No final do século XX, os profissionais de saúde se despertaram para a importância da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher durante o trabalho de parto, já que o mesmo era considerado um processo fisiológico natural, tendo em vista que mulher e criança fossem consideradas saudáveis. A ideia do parto humanizado é fazer com que o ato de a mãe trazer o filho à luz, geralmente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível nesse processo do nascimento da criança.

Esse procedimento é oposto ao que defende a massificação do atendimento à gestante e ao recém-nascido, ou seja, à padronização de condutas que têm por objetivo facilitar e apressar o nascimento dos bebês, contribuindo para o aumento de cesarianas e de outras intervenções cirúrgicas impróprias ou desnecessárias. (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

A importância desta pesquisa consiste em reconhecer a assistência prestada pela categoria profissional enfermeiro, no contexto de humanização do parto. Atualmente, o número de enfermeiros obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS. Por esta razão, o Ministério da Saúde esta fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Pretende-se, portanto, constituir uma significativa contribuição para a literatura que se ocupa das referidas questões no atendimento hospitalar nacional.

Os objetivos deste trabalho são descrever a importância da humanização do parto e do enfermeiro nesse contexto, assim como suas funções e deveres. Sob uma nova perspectiva (humanizada) do cuidado da parturiente, os autores pesquisados para este trabalho explanam sobre o modelo de atuação das categorias profissionais envolvidas (médicos obstetras e enfermeiros), os possíveis resultados positivos decorrentes dessa nova assistência e sobre o conseqüente choque de métodos e de cuidados.

No âmbito da assistência ao parto, as discussões sobre este assunto trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não

governamentais têm demonstrado suas preocupações, propondo mudanças no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. (BRASIL, 2004)

Desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde tem trazido contribuições importantes para este debate ao propor o uso apropriado de tecnologias para o parto e nascimento, baseando em evidências científicas que refutam práticas preconizadas no modelo médico de atenção.

“O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. (...) no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (WHO, 1996, p. 4).

A partir do desenvolvimento de estudos nessa direção, a arguição sobre segurança e eficácia se amplia virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência ao parto. A legislação e as reivindicações de direitos do cidadão enquanto paciente, além de expressarem as transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, fazem parte do processo de constituição da democracia e da cidadania.

Atualmente, a temática da humanização na assistência ao parto se mostra relevante, já que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios de integralidade da assistência, de equidade e de participação social do usuário, demandam a revisão das práticas cotidianas, enfatizando a criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Neste âmbito, dividimos o trabalho em três momentos. No segundo capítulo, abordamos o processo histórico das práticas do parto humanizado, ressaltando ainda os cuidados do pré-natal e as diferenças entre parto natural, parto normal, parto na água, parto de cócoras e parto cesárea. Lá na terceira parte discutimos as diretrizes do sistema único de saúde que incentivam o parto humanizado desde o pré-natal até o nascimento.

O último capítulo centralizou o debate do papel do enfermeiro e da equipe de saúde durante o parto humanizado. Ressaltando, dessa maneira, a função essencial do enfermeiro nesse processo e as vantagens do parto humanizado para a equipe profissional, para a mãe e para o bebê.

## CAPITULO 1

### O PARTO HUMANIZADO: ORIGEM E EVOLUÇÃO

Na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o estudioso da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do mesmo século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (REZENDE, 1998).

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. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (DINIZ, 1997).

A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade (MAGALHÃES, 1916).

Agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. Para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje consideradas meras

curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las. (CUNHA, 1989). Para esses autores, o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno “fisiologicamente patogênico”; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria, portanto patológico. A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (DINIZ, 1997).

Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto. Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um a pagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes.

O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido.

Geralmente o parto era induzido com cistócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca.

No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (MAGALHÃES, 1916).

## 1.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DO PARTO

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este

acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida. (BRASIL, 2001, p.17).

Antigamente, os homens viviam conforme seus “instintos naturais”. A princípio, a mulher se isolava para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas, apenas seguia o seu instinto. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico (SANTOS, 2002).

De acordo com Melo (apud SANTOS, 2002), a historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Dessa forma, começa-se a agregar valores aos conhecimentos acerca do processo de nascimento entre as próprias mulheres, e o parto passa a se tornar um evento mais importante na vida das mulheres que participam do mesmo. Então uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente era reconhecida como parteira - essa parteira se traduz na figura da mulher que atende partos domiciliares, mas que não tem nenhum saber científico. Seus conhecimentos são embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente passados de geração para geração (SANTOS, 2002).

A parteira é capaz de vivenciar com a mulher todos os momentos do processo de nascimento, doando seu tempo e dedicação. Usando de sua sabedoria inata ela não tem pressa, pois sabe que é prudente observar a natureza e deixá-la agir livremente (LARGURA, 2000).

A fundação de universidades e posteriormente a criação de cursos profissionalizando médicos, estava intimamente ligada e controlada pela igreja. A admissão estava limitada aos homens das classes altas e, portanto, inacessível às parteiras. Devido ao fato de que a gravidez e o parto não serem considerados doenças, esses assuntos não eram rotineiramente incluídos nos currículos médicos. Os médicos então reservaram seus encontros com as parteiras – de classe inferior - e estas, por sua vez, reservavam as enfermarias dos hospitais para os procedimentos médicos, nunca levando uma parturiente normal para este ambiente (SANTOS, 2002).

No século XVII ocorreu uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto, pois ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica (MACHADO, 1995).

Quando apareciam situações inusitadas ou complicadas e perigosas às parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem – inicialmente shamans, padres ou rabinos e mais recentemente os barbeiros-cirurgiões e finalmente os médicos. A presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal (OSAVA, 1997). Mais tarde, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto (PETER, 2005).

Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou então a ser visto como um ato cirúrgico qualquer e a mulher em trabalho de parto sendo chamada “paciente”, sendo tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica. Iniciou-se a era do parto médico, no qual a mãe deixa de ser a figura mais importante da sala, cedendo seu lugar à equipe médica. Os papéis se invertem e o obstetra passa a ser o centro da cena, obrigando a mulher a se deitar numa posição desconfortável, sendo impedida de adotar a posição que achar mais confortável. Não podendo opinar em seu direito básico de escolha e participação ativa no nascimento do próprio filho. As posições verticais, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, lhes são negadas pelo obstetra (MACHADO, 1995).

Em torno de 1880 os médicos apresentavam uma melhor aceitação da sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e gradualmente considerá-la mais segura do que o domicílio. A transformação marcante ocorrida no modelo de atenção ao parto e ao nascimento só foi possível após uma mudança da forma de pensar tanto dos médicos como de suas clientes, que passaram a entender que o parto hospitalar ofereceria maior segurança, tanto para a mulher quanto para o bebê. O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos, era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher. O estudo da evolução do modelo de atenção ao

parto, em particular da institucionalização do mesmo, passa pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. A transição durou apenas duas gerações, passando de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico (SANTOS 2002).

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais, iniciando assim as atividades de cunho profissional à mulher, bem como a formação de pessoal para a assistência ao parto. Porém as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, agora, sobre os olhares e controle médico (BRASIL, 2001). A formação oferecida era essencialmente prática, mantendo as decisões e o raciocínio clínico para os médicos (OSAVA, 1997). As parteiras agora eram treinadas para seguir o modelo médico, repetindo as técnicas e seguindo a “nova” tecnologia de atenção ao parto, sob os olhares da medicina moderna (PETER, 2005).

Se antes o parto e os cuidados posteriores com a mãe e o bebê transcorriam em família, embaçados em fortes vínculos, atualmente, estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais (MONTICELLI, 1994).

## 1.2 OS CUIDADOS DO PRÉ-NATAL

O controle pré-natal deve ser: precoce, periódico e completo. Controle pré-natal é cuidado que se deve ter com a saúde da mãe e da criança que está por nascer. Seu principal objetivo é o acompanhamento da gravidez para que se tenha uma criança saudável, nascida a termo (aos nove meses), de peso normal e mãe saudável e em condições de criar a criança. O início do controle deve ser precoce, ou seja, a primeira consulta ao médico deve ser feita durante o primeiro trimestre de gravidez. Isto possibilita avaliar com maior precisão a idade gestacional (os meses de gravidez) e calcular a data em que provavelmente o parto ocorrerá. Na primeira consulta, será efetuado um exame clínico e ginecológico completo que incluirá um exame de mamas. Será pedida uma série de exames de laboratório para

determinação do grupo sanguíneo e fator Rh. Também se efetuará um exame de colo uterino com Papanicolau e coloscopia. Realizar-se-á também um controle odontológico e o eventual tratamento de cáries e infecções dentárias. As consultas serão mensais até o sétimo mês, ficando mais frequentes nos últimos meses de gravidez. (GALIMBERTI, 2010).

Durante a gravidez, aplicam-se as doses de vacinação antitetânica, com um intervalo de dois meses entre elas (habitualmente administra-se a primeira dose no quinto mês e a segunda no sétimo). Não são necessárias outras vacinas durante a gravidez. Nutrição Adequada: Sobrepeso / Desnutrição. A boa nutrição da mãe é indispensável para o bom crescimento e desenvolvimento do bebê. Isto não implica somente no aumento de peso materno de cerca de 12 quilos durante a gravidez, mas também uma composição correta de nutrientes na dieta devendo-se incluir:

- Proteínas de boa qualidade presentes na carne, no leite e no ovo.
- Cálcio presente no leite, no queijo, no iogurte, nos legumes e nas frutas secas.
- Vitaminas e minerais presentes nas frutas e verduras frescas, cruas ou cozidas no vapor.
- Azeites vegetais de qualquer tipo (girassol, oliva, etc.).
- Carboidratos complexos presentes nos cereais como o arroz, trigo ou milho. A farinha branca e o açúcar refinado devem ser consumidos com moderação, a menos que se deseje ganhar peso extra (mulheres que iniciaram a gravidez com peso menor que o adequado). (GALIMBERTI, 2010).

Se no início da gravidez a mulher estiver pesando mais que o ideal, a alimentação deve igualmente conter todos estes nutrientes essenciais, mas deve-se consumir menos quantidade de gorduras (sobretudo as de origem animal, como da carne, da pele de frango ou gema de ovo) e deve-se restringir ao máximo o açúcar refinado e as farinhas brancas (bolos, tortas e pães). Além disso, o aumento de peso deve ser mínimo no primeiro trimestre para ir aumentando até o final da gravidez, o que deverá totalizar seis quilos e meio. Durante a gravidez, costuma-se receitar

comprimidos de ferro e ácido fólico (vitamina) essenciais para prevenção da anemia. É aconselhável não abusar do sal. (GALIMBERTI, 2010).

Tanto o cigarro quanto o álcool e as drogas atrapalham o crescimento do bebê e podem determinar que a criança tenha peso baixo ao nascer e outras complicações mais graves. Abster-se de fumar e consumir drogas fará com que o bebê cresça forte e saudável. Os medicamentos não devem ser tomados sem prescrição médica, já que alguns fármacos são contraindicados durante a gravidez e a amamentação. Outros medicamentos devem ser administrados com cuidados especiais. Alguns chás ou remédios caseiros também podem ser tóxicos para o feto, motivo pelo qual, se uma mulher grávida apresentar uma doença, por mais trivial que pareça, ela deve ir ao médico e nunca se automedicar. (GALIMBERTI, 2010).

A infecção urinária (cistite) é relativamente frequente e fácil de ser solucionada durante a gravidez, mas se não for tratada a tempo pode provocar um parto prematuro, pielonefrite (infecção dos rins), ameaça de aborto, etc. Deve-se suspeitar de uma infecção urinária quando existe dor e ardor ao urinar, sensação de desejo de urinar, mas impossibilidade de fazê-lo, desejos frequentes de urinar com micção escassa, mudanças no cheiro e na cor da urina. Diante destes sintomas deve-se consultar um médico imediatamente. Para prevenir as infecções urinárias é preciso tomar bastante líquidos, ir ao banheiro assim que vier o desejo de urinar, fazer higiene rigorosa em seguida (com água sabão tomando-se cuidado para não levar material fecal para a vulva) e realizar exames de urina solicitados durante o controle pré-natal. (GALIMBERTI, 2010).

O leite materno é o alimento ideal para a criança e representa ao mesmo tempo, alimento, amor e defesa contra infecções. Sempre que possível, deve-se preferir a amamentação a outras formas de alimentação de recém-nascidos. Deve-se estendê-la até o sexto mês de vida. Para que isso ocorra, deve-se manter os mamilos saudáveis limpando-os somente com água para fortalecer a pele, expondo-os ao ar e, sempre que possível, ao sol durante 20 minutos por dia. Em algumas situações especiais, são aconselháveis exercícios específicos. (GALIMBERTI, 2010).

No sétimo mês de gravidez, é aconselhável que a grávida e seu acompanhante frequentem reuniões de preparação para o parto. Costuma acontecer em hospitais e

centros de saúde. Consistem em uma série de conversas informativas e exercícios físicos que preparam a futura mamãe e seu acompanhante para o momento do parto. O acompanhante pode ser uma pessoa escolhida pela grávida (pode ser o marido, a mãe, etc.) que estará ajudando-a durante a dilatação e o parto. O cuidado pré-natal é a expressão do amor de uma mãe pelo seu bebê. O apoio do pai da criança à futura mãe é indispensável, representando tanto o sustento econômico como a companhia e o cuidado. O acesso ao controle pré-natal adequado é, além de tudo, um direito humano básico, tanto dos pais quanto da criança que está para nascer. Um recém-nascido saudável, uma mãe saudável e um pai comprometido com o cuidado da criança são uma verdadeira benção para toda a humanidade. (GALIMBERTI, 2010).

### 1.3 PARTO NORMAL X PARTO NATURAL X PARTO NA ÁGUA X CÓCORAS X CESÁREA

**Parto Normal:** A analgesia do parto normal é suficiente para dar alívio à dor sem tirar a mulher do comando da situação. Os obstetras mais atualizados procuram fazer partos naturais sem intervenções. Mas nem sempre isso é possível. Quando se torna necessário usar soro, anestésicos e fórceps, a mulher faz o que se convencionou chamar de parto normal. Se o trabalho de parto estacionar por algum motivo, aplica-se soro com ocitocina sintética para dar ritmo às contrações. É um recurso que evita o sofrimento fetal. Claro que cada parto é diferente, por isso as condutas dos médicos são muito diversas. A analgesia do parto normal, chamada de duplo bloqueio, é um avanço da medicina. Trata-se da associação da anestesia peridural com a ráqui, o que é suficiente para dar alívio à dor sem tirar a mulher do comando do trabalho de parto. Muitos obstetras só aplicam a analgesia da parturiente. Mas a aplicação pode ser feita precocemente ou mais tardiamente, dependendo de cada caso. “Existe o risco de a analgesia retardar o período expulsivo”, diz o obstetra Jorge Kuhn. Mas há também vantagens. As mulheres que sentem dor de maneira intensa podem se beneficiar da analgesia. A dor faz o colo do útero ficar tenso. Em vez de aumentar ainda mais, ele pode parar a progressão da dilatação. Nesse caso a analgesia dá alívio à paciente e incentivo para que ela

prossiga com o trabalho de parto. Da mesma forma, o uso de instrumentos para a retirada do bebê não pode ser descartado. Tudo depende da evolução do parto. Para trabalhos que estão indo bem e por algum motivo param de evoluir, o fórceps baixo pode ser um recurso para evitar que a criança permaneça numa situação que não lhe é favorável. Outra possibilidade é usar o vácuo extrator, campânula de plástico em forma de sino, que, uma vez encostada na cabeça do bebê, forma uma espécie de vácuo, trazendo-o mais facilmente para o canal do parto. (FILHO, 2005).

**Parto Natural:** A mulher que se prepara bem tem condições de vivenciar o parto sem precisar de intervenções. É aquele que ocorre naturalmente, sem intervenções dos médicos ou de medicamentos. Pode ser feito no hospital, na casa da parturiente ou em casas de parto. Considerando o modelo ideal, esse tipo está ganhando a adesão de médicos e gestantes.

“A mulher que se prepara física e emocionalmente para o dia do nascimento, que sente confiança no obstetra e recebe o apoio do marido ou de outra pessoa tem melhores condições de vivenciar o trabalho de parto sem precisar de analgésicos nem outras intervenções, como corte do períneo ou episiotomia”, diz a doutora Ana Cristina Duarte.

Quando a mulher controla a chamada “força final” auxiliada pelo obstetra - que protege o períneo com as mãos na hora da expulsão, evitando que ele distenda demais -, poderá ter pequenas lacerações naturais, melhores do que a episiotomia. Em muitos casos, a parturiente nem chega a ter lacerações. Para evitar que ocorram, os médicos recomendam às gestantes exercitar o períneo, musculatura esquecida durante boa parte da vida. (FILHO, 2005).

“Fazendo o movimento de parar o xixi 20 vezes durante a noite e 20 vezes durante o dia, já se tem um bom resultado. Outro fator importante é o controle do peso durante a gestação. Bebês menores têm mais facilidade para passar pelo canal do parto”, alerta o obstetra Marcos Tadeu Garcia. Segundo ele, o ideal é a mulher ganhar de 9 a 12 quilos.

**Parto na Água:** A criança respira pela primeira vez no meio líquido e sai dali lentamente. É muito tranquilo para o bebê. No Brasil, pouquíssimas mulheres têm a chance de vivenciar o parto na água. O obstetra carioca Francisco Vilela é um dos

raros médicos brasileiros que acompanham esse método. Nesta entrevista ele conta como é a experiência de mães e bebês: os benefícios desse parto é que ele é menos doloroso para a mulher e menos traumático para a criança. A água propicia um relaxamento tão grande que às vezes o parto estaciona, a água reduz muito o tempo do parto. No primeiro filho, é comum o procedimento durar de 10 a 12 horas. Dentro da água, a mulher chega a ter o bebê em 6 ou 7 horas. O período expulsivo também é muito melhor, já que a água relaxa bastante a musculatura. O parto na água não é incentivado porque existe ainda muita resistência das maternidades para a instalação de banheiras. Além disso, os obstetras estão acostumados a realizar intervenções. É possível fazer a analgesia na água, mas é preciso proteger o cateter com plástico. A intensidade da dor varia muito para cada pessoa, mas eu diria que dentro da água é mais difícil a mulher pedir analgesia. A reação do bebê na água, a criança quase não chora, fica ligada ao cordão umbilical, respira pela primeira vez dentro da água e sai lentamente do meio líquido. A mamãe a segura no colo, e o cordão vai parando de pulsar. Isso demora de 8 a 12 minutos. É um processo bem mais tranquilo para o bebê. (FILHO, 2005).

**Cócoras:** Agachada, a mulher se beneficia da ação da gravidade e de menor compressão dos vasos sanguíneos maternos. Pesquisas científicas comprovam que ter o bebê na posição de cócoras é favorável à mulher e ao bebê. O obstetra e professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Hugo Sabatino é um dos precursores do parto de cócoras aqui no Brasil e prova sua tese por meio de pesquisas efetuadas no Grupo de Parto alternativo da Unicamp, onde todos os anos cerca de 100 mulheres vivenciam a experiência do parto de cócoras. Nesta entrevista, ele explica os benefícios desse tipo de procedimento. As vantagens da posição de cócoras, é que agachada, a mulher se beneficia de várias formas. Para começar, existe maior ação da gravidade e menos compressão dos vasos sanguíneos maternos. Isso é comprovado por várias pesquisas, algumas realizadas na Unicamp. E não é só. A mulher respira melhor e tem contrações mais efetivas durante o trabalho de parto e no período expulsivo. Há também fatores importantes para ela, como a menor sensação dolorosa e maior produção de endorfinas, os anestésicos naturais. O parto de cócoras é mais rápido, porque as contrações do

útero são mais efetivas e a pressão vaginal menor, facilitando a saída da criança pelo canal do parto. No procedimento convencional, o período dura em média de 30 a 60 minutos em mulheres que nunca deram à luz antes. Na posição de cócoras, o período expulsivo dura em torno de 15 a 30 minutos e, mesmo que leve mais tempo, há menos riscos de complicação para o bebê. As vantagens para a criança, às pesquisas comparativas feitas na Unicamp provaram que as crianças nascidas de partos tradicionais (na posição horizontal ou deitada) tiveram sete vezes mais depressão do que as nascidas de partos de cócoras. Isso se justifica por uma série de fatores. A posição de cócoras materna faz com que o bebê nasça em melhores condições. Os resultados dos testes de Apgar - que avaliam os reflexos da criança ao nascer - são superiores. E os nenês apresentam também maior nível de hormônio do amor. Em outras palavras, eles chegam ao mundo de maneira muito mais humana. (FILHO, 2005).

**Cesárea:** É preciso que haja uma soma de fatores e avaliação muito criteriosa para que seja necessária a cirurgia. Originalmente uma cirurgia de resgate do bebê, esse tipo de parto passou a ser adotado com muita frequência no Brasil. *“As justificativas dos médicos nem sempre são claras. É muito difícil saber se a mulher precisará de cesárea, a menos que ela entre em trabalho de parto e o obstetra tenha paciência para acompanhar a evolução”*, afirma a doutora Ana Cristina Duarte. De maneira geral, a cesariana pode ser necessária quando o feto é grande, quando está numa posição ruim e se durante o trabalho de parto não ocorreu nenhuma alteração dessa posição. Pode acontecer também a desproporção entre o tamanho do bebê e o da bacia da mãe. Nesse caso a criança não conseguirá passar. “A idade da gestante, hipertensão e diabetes não são por si só indicações de cesárea. É preciso que haja uma soma de fatores e avaliação muito criteriosa, porque, mesmo nos casos de doenças prévias, é possível induzir o parto normal”, diz o obstetra Eduardo de Souza. Como é a cesárea: Primeiro faz-se a raspagem na região da incisão. Em seguida, a gestante é levada para o centro cirúrgico acompanhada pelo marido ou por outra pessoa da família. A mulher senta na posição de Buda (com as pernas cruzadas uma sobre a outra) para receber a anestesia peridural ou a ráqui, aplicada da espinha dorsal. Sob o efeito do anestésico, ela é coberta com panos

esterilizados. Apenas o local da incisão fica à vista do obstetra. Faz-se, então, assepsia do abdômen e dos genitais e coloca-se uma sonda na bexiga. O obstetra corta a pele, o tecido gorduroso, que tem de 3 a 6 centímetros de espessura, outra camada chamada aponeurose, o músculo, o peritônio parietal, o peritônio visceral e o útero propriamente dito. Em seguida retira o bebê e corta o cordão umbilical imediatamente. O nenê é entregue ao neonatologista para ser aspirado e avaliado. Enquanto isso ocorre à saída espontânea da placenta. A criança é mostrada para a mãe por alguns minutos. A seguir o obstetra costura camada por camada do corte. Cada uma é fechada com um tipo diferente de costura. Como a posição é horizontal é incômoda, o bebê, que poderia mamar, dificilmente consegue fazê-lo. Tudo isso ocorre em aproximadamente 1 hora. Quando a cirurgia termina, a mãe é levada para uma sala de recuperação, onde fica de 1 a 3 horas, até redobrar os movimentos das pernas. Aos poucos, passado o efeito da anestesia, algo que acontece entre 10 e 12 horas, ela poderá se levantar. A permanência na maternidade é em média de dois a três dias. (FILHO, 2005).

**Os riscos:** os especialistas são unânimes em afirmar que todo parto envolve riscos para a mãe e o filho. No parto natural e normal, os riscos de complicação são bem menores do que na cesárea, considerada uma cirurgia de médio porte. A mulher que se submete à cesariana pode ter infecção, queda da pressão, hemorragias e complicações relativas à anestesia. Após o parto, há ainda outros riscos de complicação como embolia (obstrução de uma artéria ou veia por coágulo de sanguíneo) e flebites (inflamação de veias superficiais). Para que se tenha idéia, “o risco de morte da mãe é de 4 a 40 vezes menor no parto normal. Já o de morte do bebê é 10 vezes menor do que na cesárea”, informa o obstetra Jorge Kuhn. E mais: na segunda e na terceira cesárea, a anatomia do útero se modifica por causa das cicatrizes que se formam. Por isso aumenta bastante o risco de hemorragia. Há também mais chance de ocorrer aderência, o que pode provocar a dor crônica na região da cicatriz do corte. (FILHO, 2005).

#### 1.4 O PARTO HUMANIZADO E O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

Em meados da década de 90, do século passado, a Organização Mundial da Saúde dá voz a uma mobilização mundial que apresenta evidências do uso inadequado de

tecnologias e práticas intervencionistas responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal. O documento que classifica as práticas as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, danosas ou ineficazes a serem abandonadas; Grupo C, com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, aquelas que têm sido utilizadas de maneira inadequada foi publicado pelo Ministério da Saúde “OMS - Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS, 1996”. (Brasil, 2005).

O Brasil contou com organizações não governamentais, associações profissionais ligadas à enfermagem e a medicina que contribuíram para a construção e adoção pelo Ministério da Saúde de uma política e de estratégias que busquem a humanização e qualidade na atenção obstétrica. A partir de 1998, varias medidas foram tomadas para alterar a atenção obstétrica e neonatal oferecida pelo SUS às mulheres brasileiras, entre elas um aumento substancial do valor da remuneração do parto vaginal; institui pagamento de analgesia de parto; para coibir o abuso das cesarianas no, a portaria 2816/1998 estipula crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000. Essa portaria foi modificada pela Portaria 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais. Ainda publica Portaria nº 163, de 22/09/1998, do, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar e a Portaria nº 985/99, que criou o Centro de Parto Normal (CPN), e definiu os critérios para implantação de casas de parto. Este projeto teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal, em articulação com a rede hospitalar. Entretanto, a palavra HUMANIZAÇÃO (Link) se torna uma política de governo oficialmente a partir de 2000, quando será lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN , Portaria 569/2000 e outras. (Brasil, 2000).

O sentido do termo humanização adotado será o de equidade/cidadania: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis

consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. Haverá estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN. Procurando integrar as etapas da assistência ao ciclo gravídico-puerperal de forma institucional, estabelecendo competências e responsabilidades de forma hierárquica, com objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania o Ministério da saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Link), subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, com objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000a).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. As histórias das mulheres na sua busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção devem promover o reconhecimento, a promoção e o respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem estar. (Brasil, 2005).

“A qualidade de atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde”. (BRASIL, 2000)

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam

apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões. A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E, a humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza, ou de forma amigável. (TORNQUIST, 2004).

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolubilidade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Captação precoce e busca ativa das usuárias;
- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade.

Sendo assim toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, assim como tem direito ao acesso à maternidade onde será realizado o parto. Dentro desta perspectiva a gestante e o neonatal tem por direito à assistência de forma humanizada priorizando o atendimento adequado e digno no ambiente da humanização de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico.

## **CAPÍTULO 2**

### **AS DIRETRIZES DO SUS QUE INCENTIVAM O PARTO**

O parto humanizado é um movimento reflexivo que almeja reorganizar os procedimentos obstétricos de atendimento ao parto – motivado principalmente pelas altas taxas de cesarianas e insatisfação das usuárias com o atendimento objetivando um maior respeito às particularidades da mulher. Esta proposta contou com o apoio do Ministério da Saúde, que recentemente implementou o Programa de Humanização na assistência ao pré-natal e nascimento, tendo como meta abranger as maternidades de todo o Brasil. Suas principais diretrizes são: a) respeitar e promover os direitos humanos da mulher na gestação e no parto e, b) treinar e formar profissionais, com base em evidências científicas que norteiem as rotinas assistenciais, reorientando o uso das instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis. (DINIZ, 2001).

Este programa governamental procura abarcar várias demandas da sociedade, que englobam tanto usuários do sistema único de saúde (SUS) quanto estudiosos das áreas das ciências sociais e da saúde, que promoveram uma ampla discussão a respeito do modelo médico-hospitalar que se institucionalizou nas maternidades do Brasil e do mundo todo, onde a preocupação central é questionar em que medida tal modelo era apropriado para o parto, tendo em vista o fato do mesmo não se tratar de um processo doentio. (DINIZ, 2001).

Nas Ciências Sociais o debate se centralizou nas questões de garantia de direitos humanos às mulheres e controle institucional e social do corpo, promovidos especialmente pelos estudos sobre direitos reprodutivos e antropologia da saúde. A questão central é questionar o controle exercido sobre as mulheres e seus corpos nas maternidades, dando visibilidade à violência física e psicológica sofridas em nome de um parto mais seguro. (DINIZ, 2001).

Quanto à área da saúde, foi focalizada a efetividade empírica dos procedimentos realizados durante o parto, onde a preocupação central era com as questões sobre a prática médica e o papel que este profissional deve ocupar no contexto do parto.

Este debate foi especialmente impulsionado pelos altos índices de parto cesáreos, além de complicações e mortalidade de mulheres e crianças em decorrência dos procedimentos realizados. A partir disto, foram realizadas centenas de pesquisas por todo o mundo, que procuraram avaliar a eficácia das intervenções realizadas rotineiramente pelos obstetras durante o parto. O resultado de tais estudos culminou num documento – conhecido como recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) – que classifica tais práticas em quatro categorias, divulgadas para todas as entidades representativas de ginecologistas obstetras e enfermeiras obstétrizes por meio do Ministério da Saúde:

A - condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas.

B - condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.

C - condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto.

D - condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

(DINIZ, 2001).

Estes estudos serviram de base para uma concepção de parto assistencialista, onde a intervenção do médico só deve ocorrer quando tiver eficácia empírica e científica comprovada, ou seja, quando trouxerem mais benefícios que a não intervenção. Nesse novo cenário proposto, o médico passa a ser uma figura coadjuvante, sendo a mulher a responsável por fazer o parto e o profissional encarregado de assisti-la, a fim de avaliar possíveis riscos e intervir em caso de complicações patológicas.

Tal reflexão sobre uma prática obstétrica não intervencionista é parte fundamental dos estudos sobre direitos reprodutivos, que a consideram essencial para garantir o direito da mulher enquanto sujeito ativo do parto, que deve ser amparada em suas necessidades, e não submetidas às necessidades do médico ou da instituição (DINIZ, 2001).

Neste sentido pretende-se com este trabalho refletir sobre se está havendo, de fato, uma mudança no modelo de atendimento ao parto nessas maternidades, com a

incorporação de condutas não intervencionistas, que colaborem para uma vivência do parto mais relacionado a uma experiência sexual e familiar do que a uma experiência de doença e controle.

No que diz respeito aos princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- As autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (BRASIL, 2001).

Toda mulher tem direito ao atendimento desde o momento que desconfiar que esteja grávida, desde esse princípio ela já possui garantido o direito ao acompanhamento médico, que será estendido no decorrer da gestação, no parto e puerpério. Após o nascimento o bebê também tem assegurado o atendimento médico com a realização de todos os testes exigidos pela legislação, dentre eles são o teste do pezinho e o teste do olhinho.

O parto é considerado uma urgência e o seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital, maternidade ou casa de parto. Se a unidade de saúde não puder atendê-la naquele momento, os profissionais de saúde devem examinar você antes de encaminhá-la para outro local. Você só poderá ser transferida se houver tempo

suficiente para isso e depois de terem sido confirmadas a existência de vaga e a garantia de atendimento no outro estabelecimento de saúde.

No último trimestre de gravidez você deve conhecer a maternidade onde terá o bebê, assim poderá ficar mais tranquila.

Durante a internação e no trabalho de parto, você também tem direito de ser escutada em suas queixas e reclamações e ter as suas dúvidas esclarecidas; de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente.

## 2.1 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e.
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os 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.

Apesar de o parto ser considerado um evento fisiológico, um acontecimento “natural”, que é comum a grande parte das mulheres nas mais diversas sociedades, a forma como este é concebido em cada cultura – os saberes e práticas que são

construídos acerca do fenômeno ao longo de um processo histórico – varia enormemente.

Marcel Mauss (1974), que viveu entre os séculos XIX e XX, já trabalhava esta concepção do corpo enquanto fenômeno cultural, salientando a importância de se perceber a influência dos processos sociais sobre o corpo das pessoas. Contemporaneamente, Jaqueline Ferreira (1998) também trabalha a relação íntima que existe entre o corpo e os processos sociais, ressaltando que:

“O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social (...). Neste sentido, o estudo do corpo torna-se imprescindível não só para especialistas das áreas biomédicas como para os cientistas sociais” (p.101).

Neste sentido, uma das principais justificativas deste projeto é sua possibilidade de contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto, especialmente nas ciências sociais, tendo em vista que esta é uma temática que tem sido abordada principalmente por estudiosos da área de ciências da saúde, ficando o debate sobre a relação entre corpo e processos sociais relegados a um segundo plano. Outro ponto importante de contribuição que é proposto com o desenvolvimento desta temática é perceber como a perspectiva de saúde enquanto direito e responsabilidade do Estado – consagrada pela constituição de 1988 – está se concretizando no cotidiano das maternidades públicas, trazendo o debate sobre uma maior igualdade de acesso aos direitos reprodutivos entre mulheres de baixa renda.

## **CAPITULO 3**

### **O PAPEL DO ENFERMEIRO E DA EQUIPE DE SAÚDE (MULTIDISCIPLINAR) DURANTE O PARTO HUMANIZADO**

É notória a trajetória histórica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) de participação na construção técnico-científica, ética, política e social em prol da Enfermagem e da conquista de melhoria da qualidade de vida e dos serviços de saúde/enfermagem para a população brasileira. Em especial, a ABEn tem contribuído sobremaneira para o processo de implementação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (SENABS), em sua segunda edição, caracteriza-se por ser um evento da ABEn para discussões e propostas sobre a atuação da Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O evento busca destacar as contribuições da profissão, respaldando a necessidade de se ampliar e valorizar as ações da Atenção Básica em Saúde. (LOPES, 2010).

A reorganização do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS, ainda se constitui um desafio para todos os atores envolvidos em sua construção e a ESF apresenta-se como estratégia técnica e política para este processo. Entretanto, a reversão do modelo de atenção depende da superação de vários obstáculos relacionados aos espaços da macro e da micropolítica setorial, exigindo mudanças nos modos de produção do cuidado à saúde, onde o processo de trabalho é um dos pontos críticos e a integralidade. Nesse sentido, a atuação em equipe multiprofissional se coloca como um dos elementos chaves. (LOPES, 2010).

O Enfermeiro vem assumindo papel estratégico e catalisador na equipe de trabalho. Isso possibilita maior criatividade e autonomia no desenvolvimento das competências, precisando, cada vez mais, definir suas especificidades e responsabilidades. Para tanto, a ABEn investe no desenvolvimento de projeto científico e político com vistas à construção de uma terminologia brasileira de Enfermagem - ferramenta de sistematização da prática - e à capacitação profissional para sua utilização. (LOPES, 2010).

Também são enormes os investimentos para a melhoria das condições de vida e trabalho para os profissionais da Enfermagem. É prioritária a luta das organizações de Enfermagem, com o apoio integral da categoria, para a aprovação do Projeto de Lei 2295/2000, que regulamenta a jornada dos trabalhadores de Enfermagem para 30 horas semanais. A proposta também busca humanizar o trabalho e minimizar o desgaste físico e mental. (LOPES, 2010).

### 3.1 A FUNÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

De acordo com Osava (2003), há décadas, a excessiva intervenção médica no nascimento cria representações muito fortes acerca de sentimentos de insegurança que envolve o trabalho de parto. O autor afirma que, no parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem.

Em relação à enfermeira-obstetra, Santos (2001) relata que essa profissional tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Entretanto, denota-se a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Mendes (1991, p. 84) apoia essa ideia quando declara que:

Existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto.

Essa participação do profissional enfermeiro, no trabalho de parto, expulsão e nascimento, oferece, sobretudo, satisfação à parturiente e ao profissional. As pesquisas de Sato (2001) revelaram que a humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro.

Na visão de Swanson (1993), o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. Essa compreensão objetiva selecionar estratégias mais adequadas para resolver as

questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados se deve ter com ela.

A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a adaptação da puérpera para o autocuidado e para os cuidados com o recém-nascido. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações no puerpério e o tempo de internação; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança. (ZAGONEL, 1997)

Com os recursos aplicados, o processo de adequação das maternidades para o atendimento às gestantes de alto risco vem gradativamente se desenvolvendo em todos os estados brasileiros, com a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes.

Portanto, é de extrema importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais capacitados para garantir o atendimento e atenção especializada a gestante; estrutura organizada, com equipe qualificada (incluindo a presença do pediatra na sala de parto), material adequado e em quantidade suficiente, no qual o acompanhante esteja envolvido, e gestante e familiares tenham direito a informações e a possibilidade de expressar seus medos e sentimentos. (CECATTI et al., 1997)

### 3.1.1 DEVERES DO ENFERMEIRO

Em relação às funções do profissional de enfermagem, dentro da assistência humanizada ao parto, pode-se enumerar as seguintes:

- Acompanhamento das mudanças científicas e tecnológicas, preocupando-se com as ações integradas ao ser-sujeito, objeto do seu cuidado: a família e a amamentação.
- Aplicação da ciência para humanização da arte de amamentar.

- Aprendizado contínuo sobre a amamentação, ensinado sempre o aleitamento materno (talvez esta seja a maior missão do enfermeiro).
- Postura profissional para responder às necessidades e demandas de saúde da população, com a realidade da amamentação.
- Atendimento às mães, familiares e comunidades sempre que solicitarem auxílio ou demonstrarem insegurança.
- Conhecimento científico da amamentação (inclusive as técnicas) para facilitar a interação sólida e duradoura com a mãe, pai e comunidade.
- Confiança na capacidade da mãe em amamentar o seu filho, concomitante aos ensinamentos e orientações de como proceder.
- Educação sobre o aleitamento materno, baseado na análise do ser humano e suas necessidades biopsicossociais.
- Ensino, cuidado e assistência ao casal que amamenta. Este é um compromisso biopsicossocial e de cidadania.
- Gerenciamento da promoção, apoio e prática do aleitamento materno, garantindo, por meio da educação continuada, uma assistência mais completa e humana.
- Promoção da integração da Enfermagem com os demais profissionais da saúde materno-infantil, de modo que todos assegurem pronto atendimento à gestante e à nutriz.
- Organização das habilidades para criar parcerias entre hospitais, escolas e comunidades.
- Obtenção de conhecimentos teóricos objetivando transmiti-los, modificando condutas, demonstrando os benefícios e a importância do laço afetivo mãe-filho, gerado pela prática saudável da amamentação.
- Respeito aos sentimentos pessoais da mulher em relação à amamentação, e à individualidade de cada caso.
- Superação das situações que dificultam o aleitamento, extinguindo os fatores negativos e promovendo os facilitadores para cada casal. (RIESCO e FONSECA, 2002; ZAGONEL, 1997).

### 3.2 O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DURANTE O PARTO HUMANIZADO

A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade.

O grupo de apoio aborda os aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto.

A assistência ao trabalho de parto se realiza através de processos de trabalho, os quais, por sua vez, inserem-se em um dado momento histórico de desenvolvimento social e de compreensão do processo saúde-doença. Em princípio, consideramos, nesse estudo, que a qualidade de um processo de trabalho de assistência à parturiente, ainda que efetivado sob uma dada estrutura de necessidades sociais, deve atender às necessidades individuais de cada mulher e não às necessidades dadas apenas pelos sujeitos e suas instituições.

Para fornecer essa assistência, é fundamental dispor de um profissional capacitado, idealmente um pediatra, além de enfermagem treinada para atender o recém-nascido, em quantidade e nível de capacitação dependentes do grau de complexidade da instituição. Bons serviços devem ser estendidos a toda a população e não ficarem restritos a minorias ou gestantes com acompanhamento particular, o que implicaria no aumento de número de leitos obstétricos em todas as regiões e profissionais habilitados. As cesáreas devem ser indicadas visando o bem estar fetal e materno e não por conveniência ou comodidade da gestante ou do

profissional médico, que ao estabelecer os horários do nascimento pode conciliar seus empregos.

É necessário que se acompanhe de modo sistemático os períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo que estes processos ocorram da forma natural e com participação ativa da parturiente e companheiro, em todos os serviços. No entanto, para que isto ocorra, o preparo deve ser iniciado já no pré-natal e no grupo de gestantes, com o objetivo de fortalecer as potencialidades das gestantes, estimular o parto normal e estimular o acompanhamento pelo companheiro de todo o processo. Como já pontuado anteriormente, também são necessárias mudanças de postura de profissionais de saúde, que devem receber treinamento contínuo em serviço.

Da mesma forma, deve-se proporcionar no pós-parto uma assistência contínua, qualificada, interdisciplinar envolvendo todas as dimensões da mulher, enfatizando as ações educativas. De acordo com Brasil (2001, p. 38),

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

Nesse momento, a vivência que a mulher terá será relativamente prazerosa, provavelmente positiva, e possivelmente traumática, dependendo de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

Como condições intrínsecas à gestante, mencionam-se sua idade (ou maturidade), sua experiência em partos anteriores, a experiência das mulheres que lhe são próximas (sua mãe, irmãs, primas etc.) com seus próprios partos, se a gravidez atual foi planejada, a segurança em relação a si mesma no que concerne a seu papel de mulher e de mãe, dentre outros.

Como condições relacionadas ao sistema de saúde, destacam-se a assistência pré-natal (incluindo ou não o adequado preparo físico e emocional para o parto) e a assistência ao parto propriamente dita.

Conforme Brasil (2001, p. 38), “existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras”. Como já tratado anteriormente, a humanização da assistência ao parto pode ser definida como o processo que inclui a adequação da estrutura física e equipamentos hospitalares, e a mudança de postura/atitude dos profissionais envolvidos e das mulheres.

Entretanto, atualmente, os hospitais apresentam resistência em modificar seus procedimentos de obstetrícia e poucos são os que têm instalações/condições minimamente apropriadas para, por exemplo, permitir a presença do acompanhante para a gestante em trabalho de parto.

Por conseguinte, é indispensável o compasso entre discurso e a prática; a distância entre o que é recomendado e que é feito pode ser reduzida através da adoção de medidas de ordem gerencial, estrutural, financeira e educativa, propiciando às mulheres brasileiras um parto legitimamente humanizado.

Nesse sentido, avanta-se a importância do respeito à mulher e seus familiares; chamá-la pelo nome, permitir que ela identifique cada profissional (pelo nome e papel de cada um), informá-la sobre as diferentes práticas a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente limpo, acolhedor, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas, tranquilizá-la em suas ansiedades. Essas são atitudes relativamente simples e que exigem pouco mais que boa vontade do profissional.

### 3.3 AS VANTAGENS DO PARTO HUMANIZADO PARA A EQUIPE PROFISSIONAL, PARA A MÃE E O BEBÊ.

O parto humanizado é um procedimento no qual a mãe não recebe nenhum tipo de medicamento para induzir ou acelerar o nascimento da criança, forçando-a a gerar o seu filho da forma mais natural possível. O bebê pode nascer de várias formas: de cócoras, na água, em pé ou deitada. O grande diferencial é que todo este

procedimento é realizado em um quarto adequado no hospital ou até mesmo em casa. Durante o parto, só ficam no quarto a gestante, o médico, as enfermeiras auxiliares e alguém da família, normalmente o pai. Os especialistas ficam a postos, no caso de haver alguma complicação.

A humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados.

Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência.

Para alguns autores (Davis-Floyd, 1994; Wagner, 1994), a formação médica, centrada no modelo biologicista cada vez mais seduzido pela tecnologia, seria incapaz de proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto desta forma. A visão do TP e do parto como eventos de risco e a necessidade de conformá-los ao processo de produção do hospital implicam quase sempre a tentativa de regulação e controle do parto pelos médicos, levando a inevitáveis interferências.

Em vários países da Europa, por exemplo, o trabalho do médico obstetra está voltado para a assistência às gestantes de risco (WAGNER, 1994). Com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco e de necessário acompanhamento médico (DIAS, 2001).

O uso intensivo de tecnologia com consequentes intervenções faz parte da necessidade de oferecer segurança, que obstetras, em geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer. Estas constatações não excluem o médico obstetra do processo de humanização da assistência, mas apontam os desafios que estes profissionais precisam superar no sentido de modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco atuando mais como cuidadores do que efetivamente como “especialistas” em patologia obstétrica.

Por outro lado, a formação profissional do enfermeiro obstetra, mais voltado para o cuidar, tem sido considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do TP (WAGNER, 1994).

Desde 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e, atualmente, o único curso previsto para formação específica de profissionais não médicos na área obstétrica consiste na especialização em enfermagem, nível de pós-graduação lato sensu. A formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico (RIESCO, 2002).

Vários trabalhos mostram que, quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional (HODNETT, 1989; BLANCHETTE, 1995).

A atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal ganha força em nosso meio a partir da discussão dos resultados do modelo médico de atenção e do exemplo da atuação das enfermeiras obstetras em países europeus, como Inglaterra e Holanda. Nesses locais, o modelo de atenção ao parto inclui a importante atuação dessas profissionais, apresenta resultados perinatais muito bons e alta satisfação das usuárias com a assistência prestada (WIEGERS, 1996, TURNBULL, 1996).

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde (MS, 1998) reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração desses profissionais.

### 3.3.1 VANTAGENS DO PARTO HUMANIZADO

- Proporcionar ao seu filho a verdadeira experiência do nascer;
- Ter você a verdadeira experiência de dar à luz;
- Poder participar do nascimento do filho;
- Interação mãe-bebê imediata;
- Não TER cicatriz nem no corpo, nem no espírito;
- Possibilidade de dores abdominais por aderências, infinitamente menor do que em uma cesariana.
- Risco de hemorragias e infecções reduzido;
- Recuperação pós-parto praticamente imediata;
- BEBÊ recebe um aviso biológico de que sua hora de nascer está chegando e, portanto, prepara-se melhor para esse momento, vindo ao mundo com menos problemas de adaptação;
- Fica-se muito menos tempo no hospital, acarretando menos custos financeiros e emocionais;
- Acarreta menos riscos físicos e emocionais para mãe e bebê;
- A dor das contrações é muito menor do que as dores contínuas por pelo menos 2 ou 3 meses de um pós-parto cirúrgico;
- É mais ecológico, pois dispensa todo o aparato moderno descartável que emporcalha o planeta;
- Menor índice de depressão pós-parto;
- Conexão espiritual com todas as nossas ancestrais;
- Oportunidade de um orgasmo indescritível e transcendental;
- Poder olhar seu filho olho-no-olho nos primeiros minutos de existência dele e perceber uma luminosidade ao seu redor;
- Poder cantar as glórias de ser uma mulher que confia em seu corpo e na fisiologia do parto;
- Ser um exemplo positivo pra mudar o paradigma tecnocrático vigente;
- Sentir-se ativa no processo; Para quem tem seu filho em casa existem mais vantagens ainda!!

- Não ver seu bebê nas mãos de um monte de gente antes de chegar ao seu colo;
- Saber que ele nunca vai ser 'roubado';
- Seu bebê nunca vai ser alimentado com fórmula (mamadeira);
- Risco de infecção hospitalar 0%;
- Não ser confinada em uma cama e poder ir onde desejar;
- Poder comer e beber à vontade ao seu gosto tudo o q quiser;
- Poder ficar sozinha e no seu canto até quando desejar ter companhia e ajuda;
- Poder ficar na posição que desejar: em pé, deitada, andando, de cócoras, de quatro, pendurada na rede ou no abajur;
- Estar na sua cama confortável com seu parceiro e providenciar algumas carícias pra acelerar o parto;
- Não ser monitorada por máquinas;
- Não ter o cordão umbilical cortado antes do tempo;
- Poder promover o silêncio e o escurinho necessário ao momento mágico;
- Não ser coagida à uma cesárea;
- Nunca ter sua veia perfurada pra 'soro' ou outras drogas sem sua permissão;
- E, é claro, não ter os efeitos colaterais dos mesmos no seu corpo ou do seu bebê;
- Em caso de VBAC, você vai ter certeza que VAI SER UM VBAC mesmo!
- Não precisar sair do seu 'porto seguro' para ir à uma instituição hospitalar, principalmente de madrugada;
- Poder ir ao banheiro sem pedir permissão;
- Poder usar suas próprias roupas ou nenhuma;
- Ter somente quem você deseja por perto;
- Fazer o que desejar com sua placenta: comer, usar como adubo para árvores, etc...
- Não ter avaliação de colo uterino depois do parto;
- Não ter ninguém te falando para tomar vitaminas, por está com cara de atropelada (depois de ficar a noite inteira em TP, alguém fica pronta pra uma festa?).

- "Vacinação/Imunização" natural no momento da passagem do bebê pelo canal vaginal. Explico: o bebê vive por nove meses em um ambiente estéril e, ao nascer de parto normal, recebe anticorpos da mãe. Assim ele já chega ao mundo imunizado. Já com a cesariana o bebê passa de um ambiente estéril para as mãos dos médicos etc., sem essa proteção natural da mãe...
- A compressão do canal vaginal espreme o bebê, mal comparando, como uma bucha, sai líquido pelos ouvidos, narinas. Ele já nasce sequinho, pronto para respirar. 46. Psicólogos afirmam que o "trabalho" de parto é um processo de esforço importante para o bebê, um despertar de traços como perseverança, garra, vontade. O bebê não é passivo no parto normal, é ativo.
- O processo do parto desperta uma cadeia de reações hormonais (é o bebê que manda mensagens para o cérebro da mãe, e este desencadeia as reações hormonais do trabalho de parto) responsáveis pela descida do leite, pela diminuição do tamanho do útero para que volte ao normal e outros tantos efeitos. É um processo perfeito. 48. A capacidade de entrar em contato com nossos medos e dores é trabalhada. Vivemos num tempo em que isso é visto como indesejável e há toda sorte de artifícios para se evitar o medo e a dor. Só que essa fuga trouxe para as pessoas apenas inabilidade, porque os sentimentos dolorosos não deixaram de existir na vida de ninguém.
- A maturação final do pulmão do bebê acontece durante o processo de trabalho de parto.
- Num parto normal você se conecta com as energias da natureza. Sabe o que isso significa? Não? Talvez tenhas que passar por esta experiência.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se perceber que as propostas de humanização, de uma forma geral, estão sendo implementadas nas maternidades, apesar de enfrentarem limitações consideráveis. Neste sentido, percebe-se também que há muitas dificuldades estruturais que influenciam para esta mudança, sendo relacionadas a fatores de constituição física e cultural.

Apesar disso, nota-se uma atenção considerável quanto aos cuidados no pré-natal, sendo disponibilizados e realizados nas duas instituições exames e consultas para as usuárias, havendo também uma satisfação em relação aos cuidados e ao atendimento com as gestantes.

A participação do enfermeiro no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento, proporciona fundamentalmente satisfação à parturiente e ao profissional. As pesquisas de Sato (2001) revelaram que a humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro.

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir, realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com os princípios éticos no trato com a vida humana.

Dessa forma, o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. O objetivo dessa compreensão informada é selecionar estratégias mais adequadas para resolver o problema da mesma.

Com os recursos aplicados, o processo de adequação das maternidades para o atendimento às gestantes de alto risco vem gradativamente se desenvolvendo em todos os estados brasileiros, com a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes.

É importante reafirmar que o desenvolvimento de propostas de mudança das práticas em direção à sua humanização, por parte de várias instituições - inclusive do Ministério da Saúde - é muito marcante, criando um campo amplo de possibilidades de mudança concreta nos serviços que aquele vislumbrado

originalmente. Têm-se várias iniciativas institucionais de mudança da assistência, em um contexto em rápida transformação. Nesse contexto, o trabalho conjunto entre todos os profissionais envolvidos permitiria uma atenção menos intervencionista, prevendo que a atuação desses deva se complementada e que deva haver respeito aos limites de atuação de cada categoria.

A proposta do parto humanizado sofre influência direta do modelo organizacional, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constituem a política em ações materiais e concretas.

Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do sistema que queremos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: 8 jun. 2000 Seção 1, p.4-6.

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, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da saúde**– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CUNHA, F. **De como os modismos influenciam as condutas médicas**. Feminina, Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia 19 (11): 934-936. 1989.

DIAS, MAB. **Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. IFF / Fiocruz, Rio de Janeiro. 2001

DINIZ, Carmem S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

DINIZ, Carmem S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites na humanização do parto**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: (texto digitado), 2001.

FAÚNDES e CECATTI. **A operação Cesárea no Brasil**. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Apr./June, 1991.

FERREIRA, Jaqueline. **O corpo sígnico**. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria C.S. (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FILHO, Rubens G. Tipos de Parto. *Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* 201. 2005.

GALIMBERTI, DIANA. **O controle Pré Natal**. Membro do Comitê Científico da Celsam Argentina Chefe da Unidade de Obstetrícia do Hospital Teodoro Alvarez, Buenos Aires, Argentina. CELSAM, 2010.

LARGURA, Marília. **Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica**. 2ª ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

LOPES, Maria Goretti David. **A ABEn reforça investimento na Atenção Básica à Saúde**. São Paulo, 2010.

MACHADO, Emerson de Godoi Cordeiro. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2a ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro. 1916

MAUSS, Marcel. **As técnicas corporais**. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974.

MENDES, M. L. **Curso de Obstetrícia**. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC, 1991.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1994.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003

PETER, Ana Paula Confortin et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no Contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem.** 2005. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REZENDE, J. Obstetrícia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 1998

RIESCO, M. L. G; FONSECA, R.M.G.S. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto.** Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 3, p. 685-698, 2002.

SATO, R. **A percepção do enfermeiro na assistência a mulher grávida, desvelando a prática da humanização.** Curitiba: UFPR, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2000.

SWANSON, K. M. **Nursing as informed caring for the well-being of others.** Journal of Nursing Scholarship. 1993, v. 25, p. 352-357.

SANTOS, B. A. **A percepção da Parturiente frente ao parto realizado pela enfermeira obstétrica.** Curitiba: UFPR, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2001.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.** 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TORNQUIST, CS 2004. Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.

TURNBULL, D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmore WH et al. 1996. **Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care.** Lancet 348 (9022):213-218.

WAGNER, M 1994. **Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology.** Camperdown, Austrália. ACE Graphics.

WIERGES, TA, Keirse MJ, **Outcome of planned home and planned birth in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands.** BMJ nov 23; 313(7068): 1276-7van der Zee J & Birghs GA 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth:** A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva: WHO, 1996.

ZAGONEL, I. P. S. **Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição.** Revista Cogitare Enfermagem, v. 2, n. 2, p. 34-38, 1997.