



**CENTRO UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO BRASIL
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JEFERSON PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
NORMAL**

Barreiras

2021

JEFERSON PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
NORMAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem, Centro Universitário Regional do Brasil, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Professor Orientador: M.Sc. Jefferson Dias Silva Almeida

Barreiras

2021

JEFERSON PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO
NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem, Centro Universitário Regional do Brasil.

Aprovado em _____ de _____ de 2021

Banca Examinadora

Prof. M.Sc. Jefferson Dias Silva Almeida (UNIRB)
Orientador e Presidente da Banca
Mestre em Educação
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Esp. Alzira Maria Santos Prado Araújo
Membra da banca

Esp. em Xxxx Xxxx, pela Universidadede XXXXXXXXX

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, a meus mentores espirituais, por sempre me conduzirem ao caminho certo, minha família, por sua capacidade de acreditar em mim. Mãe, sem dúvidas seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. E o que dizer a você mãe? Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, infelizmente minha outra mãe não está presente em carne, mas sei que ele vive dentro de nós, também dedico a

ela, por ter sido luz em minha vida, por ter lutado para poder nós proporcionar um futuro melhor... valeu a pena esperar... hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho. Está vitória é muito mais sua do que minha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço esta monografia primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, a meus mentores espirituais, por sempre me conduzirem ao caminho certo, pois sem eles eu não teria forças para essa longa jornada, agradeço as minhas mães Vanderlina Pereira e In memoriam a minha mãe Evangelina Maria por terem me ensinado o valor da vida e não medirem esforços para que eu chegasse até esta nova etapa de minha vida, sua grande força foi a mola propulsora que permitiu o meu avanço, mesmo durante os momentos mais difíceis.

A minha família que mesmo sendo falha sempre me aplaudiu diante as minhas conquistas me fazendo acreditar que era possível concluir este meu objetivo. Agradeço do fundo do meu coração as minhas irmãs (o) por sempre me demonstrem afeto, mesmo eu não sendo tão presente em suas vidas, agradeço a meus amigos por sempre me incentivar a seguir em frente mesmo nas horas que pensei em desistir, honro o fechamento deste ciclo agradecendo a meu amigo Anderson Marques que sempre estive ao meu lado compartilhando sua experiência de forma construtiva. Gratidão. `

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

Acredite, sonhos são seus e de mais ninguém, você é o único que pode construir os seus sonhos ou destruir os seus sonhos, ninguém mais poderá fazer isso. Você pode você consegue, se tão somente você se entregar àquilo que você acredita. Pois o sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence os obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

RESUMO

Este trabalho aborda sobre a humanização na assistência durante o parto, com isso surgiu à questão, como a ausência da humanização pode afetar a gestante, fazendo com que o parto torne-se um processo doloroso para a mesma e como a enfermagem pode contribuir para a melhoria da assistência já que o alicerce da profissão é a humanização. Este estudo objetivou discutir as ações de enfermagem que contribuem para um parto humanizado, em como, descrever a anatomia e fisiologia do parto normal, conhecer as práticas de humanização em saúde, analisar as ações de enfermagem no acompanhamento do parto e, por fim, identificar as ações de enfermagem humanizadas no parto. A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para consultas sobre o tema foi utilizado trabalhos acadêmicos em leituras para aprofundamento no assunto. A pesquisa possibilitou constatar que a enfermagem em si, por sua vez, é a categoria profissional que está apta para cuidar das parturientes, prestando assistência holística em toda sua totalidade fortalecendo, assim, vínculos, ensinamento e estrutura emocional para com as mulheres que passam pelo processo de parto natural. Conclui-se que assistência de qualidade e humanizada ao parto e nascimento privilegia o respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo.

Palavras Chaves: Gestante; Humanização; Enfermagem; Parto.

ABSTRACT

This work addresses the humanization of care during childbirth, with this the question arose, how the absence of humanization can affect the pregnant woman, making childbirth a painful process for her and how nursing can contribute to the improvement of care, since the foundation of the profession is humanization. This study aimed to discuss the nursing actions that contribute to a humanized childbirth, how to describe the anatomy and physiology of natural childbirth, know the practices of humanization in health, analyze the nursing actions in the monitoring of childbirth and, finally, identify the humanized nursing actions in childbirth. The methodology adopted in this research is a bibliographical research, for queries on the subject, academic works were used in readings to deepen the subject. The research made it possible to verify that nursing itself, in turn, is the professional category that is able to care for parturients, providing holistic care in its entirety, thus strengthening bonds, teaching and emotional structure with women who undergo the natural childbirth process. It is concluded that quality and humanized care during delivery and birth privileges the respect, dignity and autonomy of women, rescuing the active role of women in the parturition process.

Keywords: Pregnant woman; Humanization; Nursing; Childbirth

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COREN - Conselhos Regionais de Enfermagem da Bahia

CPN - Centros de Parto Normal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNH - Política Nacional de Humanização

TP - Trabalho de parto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	13
2.1	ANATOMIA E FISILOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO.....	13
2.2	TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	18
3	HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	19
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	19
3.2	HISTÓRICO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	25
3.3	LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	27
3.4	HUMANIZAÇÃO AO PARTO NORMAL.....	29
4	IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NORMAL.....	35
4.1	A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E SAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO.....	39

5 METODOLOGIA	42
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

1 INTRODUÇÃO

O parto é evento que já passou por grandes transformações no decorrer de décadas. Silva (2009) diz que antigamente não existiam técnicas que minimizavam a dor no parto e muito menos exercícios que favoreciam esta atividade. O que de fato acontecia era que as mulheres se isolavam para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado, apenas seguiam seus instintos.

Quando começavam a sentir as dores deduziam que o momento do parto tinha chegado. Segundo Largura (2000) a assistência ao parto somente teve início quando as próprias mulheres começaram a se ajudar nesse processo, com a participação de seus familiares e parteiras, que foram acumulando experiências passando de geração para geração, utilizando essas mesmas para ajudar nesse momento tão esperado e importante da vida das mulheres.

O parto se tornou institucional após a segunda guerra mundial, houve novos acontecimentos e com as habilidades adquiridas, vêm diminuindo assim consideravelmente os riscos de mortalidade materna e infantil, mas com isso também vem ocorrendo grandes números de intervenções cirúrgicas desnecessárias (MORAES, 2006). O parto natural deve ser visto como parto sem procedimentos ou intercorrências e deve ser voltada exclusivamente para atenção especial com o bem-estar e direitos da parturiente e do bebê, o parto humanizado é momento de ternura, segurança e dignidade (COREN, 2009). A expressão humanizar tem significado diferentes no momento atual na saúde, no parto, humanizar significa reconhecer os direitos mães e do bebê na assistência (DIAS, 2005). Humanizar é garantir uma melhor integralidade na assistência para mãe e bebê prestando atendimento necessário forma individualizada (SILVA, 2006).

No decorrer da realização desse estudo foi possível perceber, na literatura científica, que o parto normal humanizado tem sido uma prática cada vez mais distante nos serviços de saúde para a grande maioria das mulheres. Partindo desse pressuposto, é possível observar a importância de abordar o tema, pois o mesmo possibilitará, enquanto discente do curso de graduação em enfermagem, mudança de atitude e oportunidades de conhecer a assistência de enfermagem prestada às mulheres em trabalho de parto, surgindo, a partir daí, a seguinte questão norteadora:

Qual a importância da enfermagem no parto humanizado? Diante do exposto, neste estudo objetiva-se identificar na literatura a importância da enfermagem no parto natural humanizado.

O objetivo geral do trabalho consiste em discutir as ações de enfermagem que contribuem para um parto humanizado. Para complementar a proposta têm-se os seguintes objetivos específicos: descrever a anatomia e fisiologia do parto normal, conhecer as práticas de humanização em saúde, analisar as ações de enfermagem no acompanhamento do parto e, por fim, identificar as ações de enfermagem humanizadas no parto.

Humanizar e incluir a atuação de técnicas aos preceitos éticos e morais, respeitando a individualidade do ser humano. É uma nova forma de lidar com a gestante respeitando sua natureza e vontade. É respeitar todas as dimensões da mulher como ser humano, sejam elas espirituais, psicológicas e biológicas (SILVA et al, 2013).

Diante desse contexto, este estudo se propõe a contribuir para enfermagem, a equipe de saúde e a puérpera, com vista a destacar a necessidade e importância de uma assistência que tenha como premissa a qualidade da atenção da parturiente, voltada a atender as necessidades fisiológicas e educacionais da mesma.

A discussão deste trabalho de conclusão de curso (TCC) inicia-se com a abordagem sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino não gravídico, gravídico e com a fisiologia própria do trabalho de parto. Em seguida será abordado pontos relevantes sobre a humanização do atual sistema de saúde público e privado, seus desafios e o papel da enfermagem frente à implementação do modelo de parto humanizado. Por fim, discorreremos sobre as ações de enfermagem na assistência ao pré-natal e trabalho de parto, concluindo com a discussão sobre os benefícios das ações humanizadas e o papel do enfermeiro como peça motriz para execução de uma assistência humanizada (BRASIL, 2016b).

2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

A função reprodutiva da mulher inicia-se ainda na vida intra-útero, quando os gametas começam a ser produzidos até alcançarem a prófase da primeira meiose. A partir deste ponto até a puberdade os gametas permanecem estagnados, retomando a gametogênese somente com a vinda da menarca (DANGELO; FANTINI, 2011; GUYTON; HALL, 2011a).

Ao descrevermos anatomicamente o sistema reprodutor feminino observamos que ele é constituído pelas seguintes estruturas e órgãos: útero, vagina, dois ovários, duas tubas uterinas, duas mamas, genitália externa, denominada vulva, composta pelo clitóris, uretra, bulbo do vestíbulo, glândulas vestibulares, lábios maiores e menores e monte do púbis (DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

Os ovários são estruturas ovais, menores de 4 cm de comprimento, localizadas inferiormente às tubas uterinas e a direita e a esquerda do corpo do útero (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a).

Eles têm por função primordial a reprodução através da síntese e liberação dos ovócitos, de progesterona e estrogênio. Estes últimos são os responsáveis pela evolução dos caracteres femininos (DANGELO; FANTINI, 2011).

Em sua fixação estão envolvidos três ligamentos: o suspensor do ovário, o útero-ovárico e o largo do útero. O ligamento suspensor do ovário o fixa à pelve e abriga a vascularização e inervação ovariana e tubária; o útero-ovário ou ainda ligamento próprio do ovário conecta este ao útero; por fim o ligamento largo do útero liga-se em sua face posterior ao ovário por meio do mesovário (DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

A cada mês, alternadamente, um dos ovários ganha novas cicatrizes em sua membrana devido às rupturas que sofre na ovulação, onde há a extrusão do ovócito para fora do ovário. Com isto, ao início das ovulações no final da puberdade, os

ovários adquirem um aspecto rugoso com uma coloração acinzentada deixando para trás o aspecto liso e a cor rósea que tinham na infância. Mais tarde, após a menopausa, eles cessam a produção e liberação dos hormônios sexuais, perdem a capacidade de reprodução, sofrem atrofia e, tornam-se órgãos estéreis (DANGELO; FANTINI, 2011).

Existem ainda algumas disfunções ovarianas muito comuns e relevantes para a saúde reprodutiva da mulher. Uma delas é a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), que se caracteriza por uma disfunção hormonal e metabólica que promove a permanência dos cistos ovarianos mesmo após a ovulação, provocando desta forma uma hipertrofia ovariana (ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

A origem exata deste distúrbio ainda é estudada, mas sabe-se que a hiperinsulinêmica e a hereditariedade têm relação com seu aparecimento. A SOP aumenta ainda as chances de desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidade, além de disfunções dermatológicas e capilares em presença de hiperandrogenismo (MOURA et al., 2011; ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

As tubas uterinas apresentam-se em número de 2, a direita e a esquerda do útero, e têm por função básica conduzir o ovócito até o útero e possivelmente o espermatozoide até ele. As tubas se dividem em quatro partes: infundíbulo, no qual estão as fímbrias que capturam o ovócito após a ovulação, ampola, istmo e uterina. Em seu terço lateral, mais precisamente ao nível da junção ampola-istmo, ocorre a fecundação, que é o encontro e penetração do ovócito pelo espermatozoide.

As tubas desembocam através de suas extremidades mediais nos cornos do útero e são conectadas a estes pelo ligamento largo do ovário (BERNY; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011).

Segundo Berny e Levy (2009), as tubas secretam substâncias que nutrem os espermatozoides e o embrião antes da implantação e, aumentam a viabilidade do ovócito e dos espermatozoides. Elas são formadas por 3 camadas: a endossalpinge, a mioossalpinge e a perissalpinge, que é a mais externa. A endossalpinge e a mioossalpinge dentre outras funções, conduzem o ovócito do óstio ovariano até o

istmo através do movimento ciliar da endossalpinge aliado a peristalse da mioossalpinge.

O útero é uma estrutura muscular, oca, com cerca de 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura. Localiza-se na cavidade pélvica entre a bexiga e o reto e constitui-se de três camadas, perimétrio, miométrio e endométrio e, de três partes, fundo do útero, corpo do útero e colo do útero ou cérvix. Ele está fixado, principalmente, pelos ligamentos largo e redondo do útero e, possui certa mobilidade, adaptando sua posição conforme a gravidade, a postura da mulher, da bexiga ou do intestino reto. Há ainda variações anatômicas quanto à posição, forma e estrutura uterina (DANGELO; FANTINI, 2011; RICCI, 2008).

Segundo Dangelo e Fantini (2011) e Berny e Levy (2009), o endométrio é a parte mais íntima do útero e é nela que o embrião se fixa. Mensalmente o endométrio fica mais espesso e altamente vascularizado para abrigar o possível embrião que irá chegar através da fecundação, entretanto caso esta não aconteça, ocorre a menstruação, que é a diminuição da espessura e do número de vasos sanguíneos do endométrio que literalmente saem pelo canal vaginal em forma de uma, geralmente controlada e moderada, hemorragia.

A camada média do útero, o miométrio, é composta por fibras musculares lisas, contráteis e sensíveis à ação da ocitocina e de prostaglandinas. Já o perimétrio, ou serosa ou ainda peritônio, é a camada mais externa do útero. Nos cornos, que estão na parte superior do corpo do útero, saem nas tubas uterinas e logo acima deles localiza-se o fundo uterino, no qual ocorre a nidação. A cérvix comunica o útero ao canal vaginal e constitui-se por 2 camadas, a ectocérvix voltada para a vagina e a endocérvix voltada para o útero. O istmo uterino, região fina que se situa abaixo do corpo uterino, une o útero à cérvix (BERNE; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a; RICCI, 2008a).

A vagina apresenta em seu interior um canal muscular rugoso de até 10 cm de comprimento, que abriga em suas rugas os espermatozoides ejaculados no ato sexual. A comunicação com a genitália externa se dá através do introito vaginal ou

óstio externo. A vagina órgão de cópula e trajeto de saída do feto no parto e da menstruação (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

A vulva é composta pelo monte pubiano, clitóris e glândulas vestibulares, que são estruturas eréteis. Há ainda o meato uretral, grandes e pequenos lábios, vestibulo vaginal e períneo. O monte pubiano é anterior à sínfise pubiana e é recoberta de pelos, os quais têm função protetora (BERNY; LEVY, 2009; BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

Ainda segundo Berny e Levy (2009), o clitóris é um órgão erétil homólogo ao pênis, constituído por dois corpos cavernosos. Localiza-se acima do meato uretral durante a excitação sexual se enche de sangue e adquire um aspecto edemaciado ou túrgido.

Segundo Dangelo e Fantini (2011), os grandes lábios se estendem do monte pubiano até o períneo, protegem os pequenos lábios, o introito vaginal e a uretra e possuem faces laterais e mediais. Estas últimas apresentam-se glabras, úmidas e róseas. Os pequenos lábios localizam-se um a direita e outro à esquerda medialmente aos grandes lábios. Eles têm pele glabra e lisa, vermelha e úmida e durante o ato sexual, ao contrário de como são normalmente, ficam túrgidos graças aos tecidos eréteis que os recobrem.

Entre os pequenos lábios estão as glândulas vestibulares, uma de cada lado do introito vaginal, que durante a relação sexual, sob pressão do pênis, liberam uma secreção mucosa que lubrifica inferiormente a vagina, ajudando a diminuir o atrito durante a penetração (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

Protegidos pelos pequenos lábios ficam respectivamente o meato uretral e o introito vaginal. O introito vaginal, como citado anteriormente, é a entrada da vagina, nele se localiza o hímen, que é uma membrana que o recobre parcialmente, presente em mulheres virgens. Logo abaixo do introito, têm-se o períneo, que é uma região entre o introito e o ânus, no qual, quando necessário durante o parto vaginal, faz-se o processo de episiotomia, que é um corte para aumentar o espaço de saída fetal (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

Dangelo e Fantini (2011), afirma que a inclusão das mamas no sistema reprodutor se dá devido a sua função de amamentação, nutrição do recém-nascido no pós o parto. Elas são glândulas cutâneas modificadas, que têm função de

amamentação através da produção e secreção de leite materno desencadeado por estímulos hormonais que iniciam no terceiro trimestre da gestação e perduram até a criança cessar a amamentação. Localizam-se no tórax anterior, uma no hemitórax direito e outra no hemitórax esquerdo e são divididas uma da outra pelo sulco intermamário. As mamas são constituídas internamente pelo parênquima mamário e estroma e revestidas externamente pela pele. No parênquima está a glândula mamária e seus ductos. O estroma é composto majoritariamente por tecido adiposo, sendo este revestido por tecido conectivo. Graças ao tecido adiposo, é o estroma quem define a forma e tamanho das mamas estando à mulher grávida ou não. Por fim, a pele que recobre as mamas é lisa e fina e contém glândulas sudoríparas e sebáceas em sua estrutura (DANGELO; FANTINI, 2011).

O ciclo menstrual tem duas fases, folicular e lútea e, um evento crucial entre elas, a ovulação. Na fase folicular predominam os hormônios FSH e estrogênio. O FSH promove a proliferação celular de 6 a 12 folículos ovarianos e o estrogênio por sua vez, além de ter certa ação proliferativa sobre o endométrio, age aumentando, por meio de um feedback positivo, a sensibilidade dos folículos ao FSH. Logo, quanto maior a sensibilização maior será o crescimento folicular e maior a síntese de estradiol por parte dos folículos (COSTANZO, 2004; GUYTON; HALL, 2011a).

FSH e LH são secretados pela adeno hipófise enquanto que a síntese do GnRH é hipotalâmica. Esse último estimula a secreção do LH e FSH através da frequência de seus pulsos; altas frequências, maiores que 60 minutos, estimulam a síntese de LH, enquanto que baixas frequências incita a produção de FSH. Estes estimulam a síntese de progesterona e estradiol, respectivamente, por parte dos folículos ovarianos a partir do colesterol no ciclo menstrual. Seus níveis variam de acordo com a fase do ciclo, que dura cerca de 28 dias (BERNE; LEVY, 2009; COSTANZO, 2004).

Os gametas femininos iniciam sua produção ainda no período embrionário, entre o final do 1º ao do 2º trimestre gestacional. Em torno dos 6 meses de vida, pós parto, as ovogônias embrionárias recebem nutrientes e doses de FSH e se transformam em folículos de Graff. Estes são folículos com maior grau de desenvolvimento que abrigam os ovócitos primários estagnados na prófase I da divisão meiótica. Na fase folicular do ciclo menstrual, um desses folículos se

destaca, sofre ação do LH que o desenvolve até a metáfase II da meiose, amadurecendo o suficiente para ser extraído na ovulação e inibir o desenvolvimento dos demais (COSTANZO, 2004).

Cerca de dois dias antes da ovulação há um aumento na secreção de LH pela adenohipófise. Este atinge seu ápice em média poucas horas antes da ovulação. O LH age promovendo a dilatação do folículo de Graaf que mais amadureceu e converte as células foliculares tornando-as capazes de secretar progesterona (GUYTON; HALL, 2011a).

Cerca de um dia antes da ovulação, os níveis de estrogênio diminuem, os de FSH aumentam, como um reforço para a dilatação dos folículos, e os de progesterona crescem gradualmente.

Segundo Berne e Levy (2009), o ovócito, agora, secundário, permanecem em metáfase II até a fecundação. Os resíduos celulares do folículo de Graaf rompido constituem o corpo lúteo, o qual é responsável pela manutenção da gravidez nas primeiras semanas até que a placenta já esteja formada e capaz de secretar progesterona.

Nesta fase, predominam os hormônios esteroides estrogênio e, principalmente, progesterona por meio da secreção do corpo lúteo. Este permanece ativo durante 7 a 8 dias e, logo após começa a regredir e os níveis de seus hormônios caem. Com isto ocorre a descida da menstruação que dá início a um novo ciclo menstrual ou sexual feminino. Esta nada mais é do que a descamação do endométrio que se preparou para receber um embrião. Caso haja fecundação, o corpo lúteo permanece ativo por ainda mais 12 semanas até a formação placentária estar completada (GUYTON; HALL, 2011a).

2.2 TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto é o desfecho natural da gestação. O relaxamento dos ligamentos pélvicos, a flexibilidade da musculatura perineal, a adaptação de órgãos e estruturas facilitando a progressão do feto pelo trajeto do parto exemplificam algumas das modificações gestacionais para momento do parto. O conhecimento acerca destas e quanto à fisiologia e mecanismo do trabalho de parto (TP) empodera o profissional

que assiste a este quanto a naturalidade deste processo e a importância da participação materna de forma ativa (BALASKAS, 2015a).

No final do terceiro trimestre em torno das 37-38 semanas o feto chega ao termo, significando que alcançou o máximo de desenvolvimento intra-útero e está pronto para nascer. O parto se dá graças ao trabalho de parto que nada mais é do que uma série de eventos anátomo-fisiológicos que promovem a saída do feto através da pelve materna pela via vaginal (MONTENEGRO; BRAGA; REZENDE-FILHO, 2011).

O parto pela via vaginal é conhecido como parto normal, vaginal, natural ou transpélvico. Consideraremos neste trabalho, como parto normal, todo parto onde o TP inicia de forma natural, espontaneamente, sem qualquer interferência quanto a seu início e progressão. Onde não há a utilização de anestésias, fórceps e outros métodos cirúrgicos para a saída do feto. O parto cesariano, que se dá pela via abdominal, não será abordado neste trabalho (BRASIL, 2015a).

A via de parto adequada é definida segundo alguns critérios, como: estática fetal, proporcionalidade fetopélvica, co-morbidades maternas, complicações fetais, entre outros. Entretanto é interessante e relevante destacar que a grande maioria dos partos, tanto de baixo quanto de alto risco, podem ser normais sem prejuízos à saúde de mãe e filho. É importante avaliar, averiguando a existência real de contra indicações ao parto normal, considerando sempre a escolha materna (HADDAH; CECATTI, 2011; COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016b).

A estática fetal é determinada pela situação, apresentação e posição fetal. A primeira indica a relação entre o corpo do feto com o da mãe e pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua, sendo que esta última é uma situação de transição, podendo se converter em longitudinal ou transversa. A apresentação é a parte do feto que surge primeiro na vagina. Ela pode ser cefálica, pélvica ou cósmica, respectivamente, cabeça, pés e espádua (RICCI, 2008c).

Fetos em situações transversas sempre terão apresentações cósmicas. Nestes casos o parto vaginal está contra indicado, pela impossibilidade evidente da ocorrência do mesmo. Fetos em situações longitudinais podem ter apresentação cefálica ou pélvica. Esta última ainda pode ser dividida em pélvica completa (feto

está sentado), pélvica incompleta (MMII fletidos próximos ao tórax anterior) e, pélvica incompleta onde um ou os dois pés apresentam-se no canal do parto.

3 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A saúde brasileira desde os primórdios da criação do país vem passando por transformações que visam adequar, de modo geral, a saúde pública às demandas populacionais. O mundo mudou o cenário político e o sistema econômico também e chegamos ao capitalismo, com toda a sua industrialização e demandas emergentes sociais (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

No Brasil não foi diferente. Com a era Vargas e algumas décadas após com o governo de Juscelino Kubitschek, novas tecnologias chegaram de forma massiva em todo o país e em especial na área da saúde. Com isto novos hospitais, mais estruturados, foram formados e outros recursos foram ofertados a saúde pública, em especial, a partir de 1945. As necessidades sociais cresceram e os civis, junto aos profissionais de saúde e outros grupos, começaram a exigir uma reformulação da saúde pública e a extensão de sua cobertura para todos, contribuintes ou não da previdência social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O atual sistema único de saúde (SUS) foi formulado objetivando a assistência a todos os brasileiros de forma gratuita. É um sistema regido por princípios e normas, coordenado, de forma descentralizada que abrange e assiste de forma integral toda a população brasileira, sem distinção de raça ou condição financeira. A lei 8.080 da criação do SUS explicita a preservação de ingresso gratuito aos serviços de saúde para todos (BRASIL, 1990).

As diretrizes do SUS baseiam-se na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a saúde é entendida como bem estar do indivíduo em todos os seus aspectos, sejam eles físicos, sociais, psicológicos, e não somente ausência de doença. O ser humano é enxergado em sua integralidade, onde a combinação de aspectos emocionais, familiares, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e patológicos resulta em um estado de saúde do indivíduo. A OMS

inclui o conceito inerente de qualidade de vida, que deve ser a base para a assistência em saúde (BRASIL, 2008).

As influências, interesses, cenários socioeconômicos e políticos tornaram a assistência em saúde mecanizada, tecnicista e desumana, onde tanto usuários quanto profissionais são desvalorizados e desrespeitados seja pela gestão ou pelos próprios profissionais de saúde. Aliado a isso, há ainda o desgaste profissional e pessoal, a falta de estrutura e recursos e a crescente demanda populacional que desorganiza o sistema. Isto é o que grande parte dos profissionais passa ao se depararem com a realidade fora dos muros acadêmicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Tudo isso acaba, por vezes, desiludindo e até desumanizando os profissionais e gestores, e até mesmo os próprios usuários que, por vezes, refletem em suas atitudes a assistência mecanizada, afastada do humano, que receberam.

Com vistas a corrigir isso, o ministério da saúde, em 2004 criou a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão em saúde, a qual tem por função motriz o resgate da essência e qualidade do cuidado e valorização do ser humano (BRASIL, 2004).

Uma assistência humanizada é direito do usuário e dever do profissional de saúde e do sistema fornecer. Vastos são os casos onde se evidencia a desumanização do ser humano enquanto pessoa, enquanto usuário, reduzindo-o a um aglomerado de massa e sistemas com algum desequilíbrio anátomo-fisiológico-patológico. É preciso acolher, ouvir e entender que o assistido é uma pessoa no todo com problemas internos, fisiológicos, mas com vários outros externos que muitas vezes são a gênese dos primeiros (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Segundo a PNH, “[...] Humanizar, é então, ofertar o atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais [...]” (BRASIL, 2004, p. 6). A humanização refere-se às relações sociais profissional-paciente, mas também as estruturas e condições necessárias para o exercício pleno e devido da assistência em saúde com recursos humanos e físicos adequados para as demandas populacionais (BRASIL, 2004).

A PNH deve ser aplicada pelos gestores como uma política transversal, onde a construção das ações se dá de forma coletiva através do aproveitamento das ações resultantes das relações sociais, do papel e condição que cada indivíduo, seja profissional ou usuário, pode ofertar para o sistema, contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento técnico e social (BRASIL, 2008).

Humanizar significa também dividir responsabilidades, ou melhor, fazer com que os diversos atores sociais, profissionais de saúde, gestores e indivíduos, assumam-se como responsáveis pela execução do sistema. Aos usuários, como descrito na PNH, cabe a função de exigir o respeito e a assistência devidos, exercendo sua função de controle social (BRASIL, 2004).

Segundo Waldow (2010a), p.83, “[...] a humanização ocorre pelo cuidado, por ser o cuidado a essência do ser que o torna, assim, humanizado”. O cuidado, em sua essência, só pode ser exercido por alguém que se importe com o outro. Assistir de forma humanizada exige se interessar pelas necessidades do paciente, exige que o profissional se importe com a forma em que ele exerce o cuidar e como esta poderá interferir na saúde e bem estar biopsicossocial do paciente (WALDOW, 2010a).

Com o exposto neste tópico, infere-se a necessidade crescente e urgente da implementação da humanização da assistência de forma geral. Um sistema de saúde que agride através de sua assistência e recursos os profissionais e usuários está fadado ao fracasso, visto que a base de sua estruturação é o ser humano, suas necessidades medicinais e sociais. A saúde é fundamental e por tal necessita de uma assistência que aproxime todos os seus componentes de seu alvo central, o ser humano (BRASIL, 2011b).

Os conceitos e práticas de atenção à saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se vive, ou seja, são construídos histórica e socialmente. No debate contemporâneo das políticas de saúde, estas são alvo de importantes conflitos, que se tornam mais intensos quando referidos aos momentos de nascimento e morte, como condições especiais aos indivíduos. Neste debate estão envolvidas questões técnicas, éticas e de qualidade de vida. Supõe-se que modelos com componentes de suporte emocional e social têm uma importante contribuição para os serviços, no entanto, modelos altamente intervencionistas, não

acompanhados de evidências substantivas sobre seus benefícios, são ainda observados em diversas áreas da prática médica.

As diferentes abordagens, não são meramente técnicas, provocam intensas controvérsias éticas e políticas, principalmente quando questões de acesso e alocação de recursos estão envolvidas, fazendo com que o tema se transforme numa escolha de quem deve nascer viver e morrer, ou seja, quando se refere ao papel mais apropriado da tecnologia para o cuidado em saúde. São questões que requerem amplo debate público com o envolvimento e a participação de toda a sociedade nas definições de como prover cuidados de saúde.

Os governos também começam a reconhecer que as tecnologias de saúde necessitam estar sujeitas a maior regulação e a parâmetros de utilização para promover efetividade e eficiência. Na questão da assistência ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde (2001), destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e drogas, muitos deles utilizados com pouco embasamento em evidência científica, podem envolver riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos, aumentando a possibilidade da ocorrência de iatrogênicas, como por exemplo, a separação da mãe do seu bebê logo após o nascimento, pondo em risco a própria integridade dessa relação que se iniciou na gravidez. A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto por profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada, onde o desejo das mulheres tem contado muito pouco, principalmente nos setores mais pobres da população, com menor acesso à informação.

A mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (MS, 2001, p. 18).

A relação médico-paciente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos tenham dificuldades em participar da decisão das condutas médicas frente às

questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (MS, 2001). Exemplo desta situação é a que diz respeito ao uso excessivo da cesárea nas últimas três décadas.

Estudos realizados por Faúndes e Cecatti (1991) já apontavam para o grande aumento da incidência das taxas de cesáreas no país, abordando suas causas, tendências, consequências e propostas de ação. Esses autores identificavam a esterilização cirúrgica como fator importante no aumento da incidência das cesáreas, além do maior pagamento dos honorários médicos pelo poder público e a economia de tempo para o médico. Referem que após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos que se encontravam desmotivados, e até mesmo incapacitados para o acompanhamento de um parto normal. Não se pode negar o papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. No entanto, este procedimento cirúrgico que comparativamente ao parto normal associa-se a maior morbidade e mortalidade materna e neonatal, pelas complicações decorrentes, tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

Uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou para ambos, quando utilizada somente para a conveniência do médico ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde (Faúndes e Cecatti 1991, p.161).

Segundo Enkin (2000), a diversidade do uso desta cirurgia na assistência ao parto reflete as diferentes culturas técnicas e institucionais vigentes, estando envolvidos vários fatores nesta indicação, tais como condições socioeconômicas e expectativas das mulheres, práticas inadequadas da medicina, considerações financeiras e conveniências de obstetras e mulheres, fatores estes que se tornam muitas vezes mais importantes que os obstétricos, na decisão de realizar a cirurgia.

Além da decisão obstétrica, baseada no conhecimento científico da especialidade, bem como no controle clínico de cada mulher sob cuidado, há seguramente várias ordens de fatores envolvidos, entre eles o que se refere aos abusos da intervenção médica. Para Domingues (2002), a assistência hospitalar ao

parto, no nosso meio, não tem contemplado o suporte social e emocional às mulheres. A autora refere que, de um modo geral, a gestante em trabalho de parto é internada num hospital público, num ambiente estranho, sozinha, afastada de seus familiares, com profissionais desconhecidos, com pouca ou nenhuma possibilidade de opinar e decidir sobre seu corpo e o seu parto, fazendo com que a experiência do parto seja vivenciada com sofrimento desnecessário.

Não se podem negar as contribuições dos avanços técnico-científicos que, ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornou o parto mais seguro. No entanto, este modelo medicalizado, que considera o parto uma patologia e por isso estabelece enquanto prática a antecipação e prevenção do risco obstétrico resultaram na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto.

Um conflito fundamental se refere ao conceito de atenção em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) vem trabalhando ativamente para desenvolver sistemas de monitoramento e controle de tecnologias de saúde, para fazer com que estas sejam mais apropriadas às necessidades do público do que aos interesses corporativos dos profissionais e sistemas de saúde, envidando dessa forma esforços para disseminar conceitos e práticas de promoção de saúde. Um dos aspectos mais relevantes da promoção de saúde é o de reordenar as prioridades da oferta dos serviços de saúde, um novo modo de olhar e intervir, resultando num modelo mais social de intervenção nos serviços. Dessa forma, as práticas assistenciais envolvidas no parto e nascimento deveriam ser consideradas fundamentalmente práticas de promoção de saúde.

3.2 HISTÓRICO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL

A enfermagem surgiu oficialmente como profissão em 1880 a partir de Florence Nightingale, a qual é considerada a mãe da enfermagem moderna. Florence se baseava nos preceitos de humildade, respeito, submissão, cuidado, zelo, caridade, sendo alguns até de cunho religioso. Ela revolucionou a enfermagem, trazendo conceitos e teorias e aperfeiçoando técnicas que lapidaram a assistência de enfermagem, reduziram drasticamente as taxas de mortalidades hospitalares, que se pratica na contemporaneidade (WALDOW, 2010a).

A enfermagem obstétrica preconiza, desde sua gênese, o parto da forma mais natural possível, respeitando os direitos humanos da mãe e do feto a nascer. Entretanto, com a transição dos partos dos domicílios para os hospitais no início do século XIX, predominou a assistência obstétrica fornecida pela classe médica. Com isto, o parto sofreu um processo de medicalização, onde passou a ser um evento controlado, induzido pelo médico e não mais pela mulher e sua fisiologia parturitiva (BRASIL, 2010).

Na antiguidade o ato de parir era visto como algo feminino, sem importância, natural que não exigia formação adequada para a pessoa que assistia, não necessitando assim, de assistência médica. O parto ocorria quase que exclusivamente pela via vaginal e a assistência às parturientes era conferida as parteiras, mulheres que acompanhavam e ajudavam desde o trabalho de parto, parto até o puerpério tardio (WALDOW, 2010a).

O parto pela via, cirúrgica, abdominal, conhecido como cesárea, remonta de vários séculos atrás, entretanto era realizado em raras exceções, nos casos em que a única forma de retirar o feto do útero era através da parede abdominal ou em casos de natureza religiosa, onde a mãe estava morta e o feto ainda vivia intra-útero (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Os partos em domicílio, pela via vaginal, assistidos pelas parteiras, predominaram até o fim do século XIX, mesmo já sendo valorizado pela classe médica, após o advento do fórceps obstétrico no final do século XVI. Devido a vários fatores relacionados a ocorrência de infecções e ao aumento da mortalidade materno-fetal, o parto realizado no ambiente hospitalar, onde predominantemente era cirúrgico, pela via abdominal, ainda não era seguro (LEISTER; RIESCO, 2013; SENA et al., 2012).

A partir de 1900 houve uma migração do local onde ocorriam os partos, indo dos domicílios para os hospitais, permanecendo o parto pela via vaginal. Isso foi consequência do aumento da busca pela assistência médica ao pré-natal e parto em detrimento da fornecida por parteiras e por enfermeiras obstétricas e pelo novo cenário político-econômico-social na saúde que se instaurava, com mais acesso e abrangência à população (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com a industrialização brasileira e os avanços biomédicos quanto às técnicas de analgesia, hemoterapia, cirúrgicas e de controle de infecção, o parto cesariano passou a ser considerado e incentivado como o mais seguro. Graças a isto, o parto passou a ser caracterizado como um “ato cirúrgico”, que pode ser controlado, não dependendo mais exclusivamente da mulher (BRASIL, 2010).

A gravidez, parto e até o período puerperal foram considerados como doença e como tal necessitava da intervenção e assistência da classe médica. Acreditava-se, com exceção da enfermagem e das parteiras, que o parto era um evento meticuloso e perigoso, necessitando ser realizado no hospital e não mais no domicílio, por ser este mais propenso a infecções e complicações materno-fetais devido à inestrutura local e despreparo das parteiras quanto as possíveis intercorrências do evento (SENA et al., 2012).

A partir de 1950 houve um declínio no número de partos normais, mas foram nos últimos 30 anos do século XX que o Brasil vivenciou uma explosão no número de cesáreas, mesmo sendo em muitos casos desnecessária, em detrimento do parto normal e de seus benefícios materno-fetais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008; BRASIL, 2010).

Em 1975 a partir da V Conferência Nacional de Saúde foi preconizada que os partos deveriam ocorrer em ambiente hospitalar, salvo exceções. Pode-se dizer, que, ainda que indiretamente, isto facilitou o aumento no número de cesárias, que têm ocorrência exclusivamente hospitalar (BRASIL, 1975).

Desta forma, o hospital passou a ser caracterizado e divulgado como o único local seguro para o nascimento. Os partos normais passaram a ser vistos pela população com insegurança, como se fossem mais passíveis de complicações e de mortes materno-fetais. Assim, configurou-se um novo cenário obstétrico brasileiro, onde o parto pela via abdominal, apesar de todos os seus riscos, tornou-se a primeira escolha e logo o tipo de parto predominante no país (WALDOW, 2010a).

Os riscos que a realização indiscriminada e desnecessária de cesárias pode vir a trazer para as futuras mães e seus filhos são vários e englobam complicações puerperais, como infecções e abscessos de parede, febre, iatrogênicas e intercorrências neonatais, como problemas respiratórios e de prematuridade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

A escolha pelo tipo de parto pode variar até o final da gestação, pois muitos fatores estão implícitos nela. Sabe-se, também, que graças à comodidade fornecida pela cesárea, onde há a possibilidade de se escolher o dia e até a hora do parto, aliada a não necessidade de se esperar o início espontâneo do trabalho de parto e logo as contrações e a dor do parto, a opinião profissional, experiências anteriores, relatos de pessoas próximas sobre a vivência do parto são que permeiam até os dias de hoje a escolha deste tipo de parto pelas futuras mães (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

3.3 LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Desde 1984 o Ministério da Saúde objetiva reduzir o número de partos cesáreas desnecessários através de iniciativas, políticas e programas que retomem o respeito fisiologia parturitiva, à autonomia e aos direitos reprodutivos da mulher na assistência obstétrica. Um exemplo disto é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 que objetivava a melhoria na qualidade da assistência em todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 1985).

Dentre várias ações, o PAISM reafirmava a necessidade de uma obstetrícia que respeitasse a autonomia e protagonismo da mulher na cena do parto, ratificando que o trabalho de parto e parto são processos naturais da fisiologia parturitiva feminina. Desta forma, a assistência seria como um acompanhamento, proporcionando suporte à mulher, sendo esta, quando possível, a única executora do parto (BRASIL, 1985).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), onde descreve como a assistência ao parto, que inicia no pré-natal, e ao nascimento realmente deve ser. Defender o parto humanizado é permitir que seja realmente o feto a escolher quando e de que forma vai nascer, é reconhecer a gestante como cidadã, pessoa e mãe, fornecendo estrutura e formações para os profissionais para que possam acolhê-la e assisti-la segundo as diretrizes do referido programa, que incentiva o respeito ao direito natural de parir e nascer e de ser humano (BRASIL, 2000).

Desta forma, busca-se a valorização da mulher e de sua autonomia bem como fornecer condições humanizadas para o feto que irá nascer proporcionando desde o pré-natal uma assistência humanizada que também dê suporte psicológico a gestante para decidir ou não pelo parto normal, pelo parto humanizado.

Humanizar o trabalho de parto e parto significa proporcionar a mulher seu direito fisiológico de conduzi-lo, significa respeitá-la enquanto parturiente-puérpera e pessoa (BRASIL, 2002).

Um parto humanizado é onde a mulher assume seu papel com protagonismo e autonomia, tendo o direito de decidir em conjunto com a equipe obstétrica o decurso do trabalho de parto. É ela quem irá determinar qual posição que dar à luz, quem irá lhe acompanhar, se quer se alimentar ou não, se precisa ou não de analgesia, se deseja ou não a episiotomia por exemplo. É ela, a mulher, a protagonista do ato e não o profissional (DINIZ; DUARTE, 2004).

Além de todos os benefícios fisiológicos materno-fetais o parto humanizado proporciona o respeito aos aspectos sociais, psicológicos e emocionais maternos e familiares além da própria integridade física no ato de parir. Uma assistência de enfermagem humanizada torna o momento do parto um evento ainda mais memorável, gera uma boa recordação de um dos momentos mais importantes da vida de uma mãe, o nascimento do seu filho (BALASKAS, 2015a).

No presente século, várias legislações e políticas públicas vêm sendo criadas para incentivar o parto normal e seu processo natural e garantir a manutenção dos direitos humanos referentes à mulher no ciclo gravídico-puerperal, em especial no que concerne ao momento do parto, que em grande parte dos casos, têm sido relatados com horror, devido à assistência tecnicista, que têm provocado inúmeros casos de intervenções desnecessárias e óbitos evitáveis (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Como profissionais de saúde, enfermeiros generalistas, enfermeiros obstetras é fundamental conhecer as legislações que respaldam o exercício de nossa profissão, bem como as que respaldam o exercício de uma assistência mais humanizada, que faz parte da arte do cuidar que é a essência da enfermagem. O respaldo garante o exercício pleno da profissão e instrui quanto às intercorrências

evitáveis que o profissional deve-se atentar para não gerar prejuízo para a paciente (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Vários órgãos, como a agência nacional de vigilância em saúde (ANVISA), o conselho federal de enfermagem (COFEN), a agência nacional de saúde suplementar (ANS) e o próprio ministério da saúde (MS) lançaram políticas e legislações quanto à humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e quanto o exercício da enfermagem obstétrica (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

3.4 HUMANIZAÇÃO AO PARTO NORMAL

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas acolhedoras para assistência. Contudo, a humanização ao parto implica principalmente, que a atuação de profissionais respeitem os aspectos da fisiologia, questões sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional e físico à mulher e sua família, facilitando assim a formação dos laços afetivos importantes para os familiares e o vínculo mãe-bebê.

Outros aspectos que 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; podendo ser incluso deste caso a atuação da enfermagem, de ter um acompanhante de sua escolha; sendo informadas sobre todos os procedimentos realizados; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados de maneira íntegra (DOMINGUES; DIAS 2005, p.699). Para alguns autores (Davis-Floyd, 1994, Wagner, 1994), a formação médica, centrada no modelo biologista cada vez mais seduzido pela tecnologia, seria incapaz de proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto humanizado, focado no parto natural.

Visão do trabalho de parto 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). 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 trabalho de parto, principalmente quando se trata do parto natural (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. 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 um processo singular, contínuo e saudável no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico (RIESCO, 2002).

Alguns trabalhos mostram que quando as gestantes na hora do parto são acompanhadas por profissionais, no caso a enfermagem, as mulheres necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência convencional do médico exclusivamente (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 desses profissionais, apresenta resultados perinatais muito bons e alta satisfação das usuárias e família com a assistência prestada (WIEGERS, 1996, TURNBULL, 1996).

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração desses profissionais. Como marco definidor de uma nova

política de atenção ao parto, o Ministério da Saúde propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês.

Ainda nas políticas públicas na área de saúde da mulher, em 2001 o Ministério da Saúde editou o manual Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher (MS, 2001). A publicação considera a humanização dando melhor assistência, e ainda defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivos e benéficos, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia maternas sempre preservadas acima de qualquer situação.

A simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência. Mas se a atuação deste profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado e orientações estão dadas as condições para a modificação do modelo de assistência. Segundo Domingues e Dias (2005, p. 701) a perversidade do modelo, que não oferece o suporte emocional, levando a “medicalização em excesso a assistência ao parto, está no fato de que grande parte das rotinas adotadas aumente a intensidade do processo doloroso e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio.”

O grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e o parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família, incentivando sempre ao parto normal, se for de baixo risco.

Acredita-se em uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional, principalmente do enfermeiro, junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de novas técnicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição uso da água para relaxamento e massagens. As enfermeiras obstetras têm sido seduzidas a se incorporar a este projeto, não só pela valorização de sua atuação profissional, mas também pela possibilidade do que Pires (1996) chamou de “assistência integral de enfermagem”.

Este modelo de assistência rompe com a fragmentação dos cuidados e permite que a profissional recupere a compreensão do processo de assistência, superando o parcelamento de tarefas que caracteriza o sistema tradicional de atenção.

De acordo com Domingues e Dias (2005, p.701) uma dificuldade inicial para a implantação do projeto de humanização ligado à enfermagem era a de que, em um primeiro momento, não havia disponível no mercado de trabalho enfermeiras obstetras em número suficiente para que se colocasse em prática uma política de atuação destes profissionais na assistência ao parto de baixo risco, no entanto com o apoio do Ministério da Saúde, a partir de 1998, foi possível, em pouco tempo, para várias escolas de enfermagem, realizar cursos de especialização em obstetrícia, que capacitaram profissionais para a rede de Sistema Único de Saúde (MS 2001), muitas delas funcionárias da própria rede.

A literatura é rica em trabalhos voltados à assistência à mulher que vivência o ciclo gravídico-puerperal e que, em sua totalidade, emprega o termo assistência humanizada. Por sua vez, existem autores que referem que para trabalhar com humanização é necessário despojar-se da onipotência própria da formação, trabalhando com uma equipe multiprofissional em que o espaço de cada um deve ser respeitado, colocando sempre em foco a gestante. Na assistência humanizada, demonstrar interesse e compromisso com o outro requer a conscientização dos possíveis dilemas éticos presentes nessa relação. Na proposta de relação humanizada, as informações a serem transmitidas aos clientes e deles recebidas são fundamentais.

A humanização da assistência reside, também, nas relações interpessoais, em especial entre o profissional e o cliente e o acompanhante. (MOURA, 2007). O relacionamento entre paciente e profissional e instituição é fundamental para o processo de humanização, sendo este composto por fatores como comunicação, empatia, conhecimentos técnicos científicos e respeito pelos seres humanos. À humanização engloba uma série de diferentes aspectos referentes as ideias, aos valores e as práticas, envolvendo as relações entre os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares e os acompanhantes, incluindo os procedimentos de rotina do serviço e a distribuição de responsabilidades dentro dessa equipe. No entanto,

tais fatores tornam-se fragmentados se a experiência do nascimento não for reconhecida em seus aspectos emocionais.

Ao prestar assistência humanizada à mulher, que vivencia o ciclo gravídico puerperal, os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto. Podem também ajudá-la a superar os medos, as ansiedades e as tensões. No modelo humanizado de atendimento, a parturiente e seu acompanhante devem ser recebidos pela equipe com empatia e respeito, considerando sempre suas opiniões, preferências e necessidades.

Moura (2007) acredita que a assistência humanizada está representada na assistência centrada nas necessidades da cliente e vale ser aqui apresentada em maior profundidade.

Consideramos que a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente deva ser baseada não apenas em procedimentos e normas técnicas pré-estabelecidas, mas na valorização da individualidade, visto que o ser humano é diferenciado pela própria natureza por ser racional e possuir características específicas, como caráter, personalidade, sentimentos, opiniões, crenças, desejos, aspirações, valores próprios, dignidade e senso de justiça, que devem ser respeitados, considerados e valorizados de maneira integral.

Ao assistir o indivíduo, o prestador do cuidado deve considerá-lo como um todo, no caso a equipe de saúde, com sua subjetividade e complexidade, sendo membro de um grupo familiar e de uma comunidade. Deve, ainda, identificar as mensagens enviadas pelo cliente/paciente e reconhecer seus códigos, compreendê-los e atuar de maneira a satisfazer as necessidades de atenção e de cuidado da clientela de maneira holística.

Nesse processo de cuidar, não devem ser esquecidos o contexto de vida e os valores que o cliente traz quando ocorre internação. Saber identificar as diferenças culturais e individuais contribui para a redução de desequilíbrios entre a assistência prestada e as necessidades básicas da cliente. Consideramos, igualmente, que a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é fator relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer

procedimento relacionado com seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar.

Portanto, esta informação deve ser inteligível, exata, concisa, adaptada ao nível sociocultural e cognitivo de quem a recebe, no caso a gestante e seus familiares, para que o indivíduo possa ser capaz de, conscientemente, escolher qual a proposta para sua assistência que melhor se adapte, conforme seus princípios morais e éticos. Se não houver informação com qualidade, o direito de decidir adequadamente torna-se inexistente. (PRAÇA, MACHADO 2004, p. 2 a 4).

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado, defendendo o respeito a individualidade das mulheres, sendo elas as protagonistas e buscando uma adequação na assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas, no entanto o foco nesse momento é a humanização da gestante incentivando-a à um parto natural sem riscos, favorecendo consequentemente conforto e segurança para a mesma.

A grande conquista para o Ministério da Saúde está em incentivar a realização do parto normal e a diminuição das cesarianas. São medidas de humanização que visam proporcionar bem estar à mulher e reduzir riscos para ela e seu bebê, como também proporcionar conforto e bem estar ao acompanhante, de acordo com o preconizado.

A Organização Mundial da Saúde elaborou a assistência ao Parto Normal para estabelecer ações às necessidades básicas da mulher e seus familiares deste período. No Brasil, o ensino da Obstetrícia, teve início em 1832, sendo denominado curso de “partos”, que era ministrado em Faculdades de Medicina, em conjunto com os cursos de medicina e farmácia. Na legislação profissional de enfermagem, o não médico que podem realizar o parto normal é a enfermeira e a obstetrix/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959. O Ministério da Saúde também propôs em 1999, a criação dos centros de parto Normal (CPN) para os partos de baixo risco fora das instituições de saúde, coordenados por enfermeira obstetra, que presta todos os cuidados às mulheres e recém-nascidos. Essas medidas visam a humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea e com consequente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal. Desde a década de 80, há

iniciativas ministeriais neste sentido. Diante desta problemática, foram criados pelo Ministério da Saúde, programas para humanizar o parto e nascimento nas maternidades públicas, além de portarias que estimulam a criação de Casas/Centros de parto normal com a atuação da profissional enfermeira obstétrica.

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (MOURA, 2007). Para uma humanização ao parto normal a assistência do enfermeiro indispensável, no entanto deve-se ser capacitada e sensibilizada a trabalhar em conjunto e superar conflitos, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço (MOURA, 2007 p. 454).

4 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NORMAL

O Brasil adotou um modelo americano em relação ao parto caracterizado pela intervenção, adaptando-se cada vez mais as novas tecnologias, incorporando-as ao grande número de intervenções e apoiando-se nas incidências de riscos, sendo mínima se fosse realizado um parto normal. Assim, é necessária a retomada da prática do parto normal humanizado, vendo a mulher de maneira humana e o parto como um evento fisiológico natural e sem riscos, podendo aqui entrar a atuação do enfermeiro (NERY, ALMEIDA, 2015 apud DAVIM, MENEZES, 2001).

A puérpera deve ser acompanhada por um profissional capacitado e orientado, que respeitem os aspectos da fisiologia feminina, que as intervenções ocorram quando necessárias, sem causar riscos, buscando sempre a segurança da mãe e do bebê. Essa assistência deve ser realizada pelos enfermeiros, que atuam dentro de uma visão holística, humana, focada sempre na assistência integral, auxiliando assim que aconteça um parto mais natural, humanizado e seguro,

oferecendo suporte emocional e promovendo a troca de informações entre os profissionais, gestantes e familiares.

A participação da enfermeira no atendimento às gestantes é de fundamental importância para a orientação das queixas comuns destas clientes, educação à saúde, tentar fazer o possível para que essa vivência seja de forma tranquila, dando as orientações necessárias para que esse parto saia o mais natural e menos dolorido possível (NERY, ALMEIDA, 2015).

Humanizar a assistência ao parto além de praticar ações que valorizem e estimulem o parto natural, é não promover humilhações a gestante, sejam através de ações inadequadas que expõe em demasiado a privacidade da mesma, como através de comentários desrespeitosos ou inapropriados para aquele momento. No momento do trabalho de parto, o centro das atenções é a mulher e seu filho e não fatos pessoais e conversas individuais que não dizem respeito à assistência (DINIZ, DUARTE, 2004).

O enfermeiro é chamado a exercer sua essência de líder também ao assistir ao parto. Um bom líder executa a escuta ativa que faz com que a pessoa que fala se sinta realmente importante para o ouvinte. A postura do enfermeiro, que inclui o modo e o que falar expressões, ações, entre outros, influi positivamente ou negativamente no empoderamento da mulher na parturição (HUNTER, 2004).

Uma das principais causas, além do medo da dor do parto, que induzem as gestantes a recearem o parto normal é o tratamento desumano, no sentido de desvalorização da pessoa, oferecido durante a assistência ao trabalho de parto em muitos hospitais, principalmente públicos. O medo de humilhações, de ficar sozinha, de sofrer em demasiado de dor, de ter seu parto acelerado está presentes na maioria das gestantes, senão em todas, e interfere na escolha da via de parto (DINIZ; DUARTE, 2004)

Cabe ao enfermeiro esclarecer e fornecer segurança para a gestante, buscando solucionar tais medos e angústias ainda no pré-natal e durante o trabalho de parto, se for o caso. É dever não só do enfermeiro, mas de toda a equipe que assiste ao parto, evitar e não cometer nenhum tipo de prática que caracterize violência obstétrica (BRASIL, 2006).

A função da equipe que assiste a mulher é fornecer apoio assistencial e emocional. Todas as ações que fogem a essa assistência, causando qualquer tipo de dano físico ou moral a parturiente, devem ser caracterizadas como violência obstétrica, a qual desconfigura a sacralidade do momento do parto, transformando um momento de alegria e felicidade em um verdadeiro martírio de dor e humilhação (BRASIL, 2013).

A criação de uma relação de vínculo e de confiança com a paciente é fundamental para uma assistência humanizada e para o empoderamento da mulher no trabalho de parto. Existem vários relatos de casos onde as mulheres afirmam que o apoio e o acolhimento que receberam por parte das enfermeiras obstétricas foram cruciais para o seguimento de sua escolha pelo parto normal (NASCIMENTO et al., 2010).

A postura tranquila e segura do enfermeiro transmite a mulher confiança para dar prosseguimento ao parto normal. Palavras de incentivo enfatizam a ela sua capacidade inata de parir e a naturalidade do parto. O parto não é um ato médico ou um ato conduzido por determinado profissional. O parto é um processo fisiológico natural decorrente do fim da gestação. Ao longo de toda a gravidez o corpo da mulher já vai se preparando para o parto. Parir é tão fisiológico para o organismo materno quanto respirar (SOUZA et al., 2013).

O papel do enfermeiro como agente executor do parto é proporcionar uma assistência que torne o momento do parto seguro, mas também prazeroso para a mãe. É o nascimento de seu filho, de sua família, é um momento que caracteriza profundas transformações sociais. A assistência prestada deve vir para somar nesse momento e não o contrário. O foco é a mulher e o nascimento de seu filho. As tecnologias são para auxiliá-la neste momento e não para tomarem seu protagonismo (NASCIMENTO et al., 2010).

O parto é algo instintivo, é o desfecho natural do período gravídico para o organismo materno, assim como o corpo feminino é anatomicamente e fisiologicamente preparado para uma provável gestação, a capacidade de parir é inerente ao ser mulher, é obra da engenharia celestial. Logo não é algo manipulável e controlável por outros, logo sua execução cabe exclusivamente a própria mulher. É

ela, mais do que qualquer profissional, quem tem a maior capacidade de conduzir e executar o parto (BALASKAS, 2015a).

A mulher já nasce com essa capacidade, logo, ela precisa apenas aprender a exteriorizá-la e desenvolvendo-a através de uma atitude de confiança em si mesma. A gestante precisa acreditar que é capaz, do contrário o parto, que poderia ser um evento prazeroso e revigorante, se tornará um momento ainda mais doloroso e traumático devido à falta de preparação psicológica materna (PEREIRA; BENTO, 2011).

Caso haja complicações e o parto natural seja inviável o enfermeiro deve tranquilizar a parturiente de modo a transmitir-lhe que apesar da nova necessidade e de todo seu esforço para o desfecho em um parto normal ela não perdeu sua capacidade de parir e de ser mãe. Ela fez sua parte. É importante destacar isto, pois apesar de inúmeras mulheres terem pavor do parto normal, para outras tantas ter um parto normal é ratificar sua capacidade de gestar, parir, de ser mulher, de ser mãe (BALASKAS, 2015a).

As tecnologias e avanços da medicina obstétrica moderna quando bem aplicadas, sob justas e evidentes indicações, promovem mais benefícios à saúde de mãe e filho do que prejuízos. Para tanto não se deve, ainda, descuidar em nenhum momento durante a assistência do aspecto emocional da gestante. Este é profundamente impactado por todas essas ações durante a parturição e influi, de forma decisiva, em seu bem estar como, por exemplo, no desenvolvimento de um quadro de depressão pós-parto (DINIZ; DUARTE, 2004).

Não é ilusão afirmar que a mulher tem a capacidade natural de parir e, portanto de suportar a dor. Seu próprio organismo libera substâncias que promovem este alívio e há também os métodos não farmacológicos para alívio da dor para auxiliá-la. O principal método é a informação e criação do vínculo de confiança com a mulher. Fazê-la acreditar em seu potencial, através de informações e dados científicos que evidenciam isto, se sentir segura e confiante é a principal forma de prepará-la para suportar a dor que se seguirá ao trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para que a assistência ao parto seja qualificada e realmente humanizada não basta apenas o uso de técnicas e ações que promovam a naturalização do parto. É

necessário e, dever do profissional que assiste ao parto, ofertar uma assistência integral que visa todas as necessidades da mulher, incluindo as psicológicas e emocionais. O fator principal que determina, em um parto sem complicações obstétricas, um parto difícil ou não é o emocional da mulher. Cabe ao enfermeiro assistir as demandas emocionais de carinho, paciência, atenção, conforto, segurança, respeito e privacidade que a parturiente vier a apresentar (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O enfermeiro ainda, ao analisar o risco obstétrico direciona as condutas a serem tomadas pela equipe. Através dessa análise o enfermeiro, por exemplo, prescreve um plano de ações e cuidados para assistência ao parto e verificada a ausência de qualquer intercorrência que indique intervenções médicas e cirúrgicas, não há necessidade de restringir a alimentação da gestante, enfraquecendo-a num momento em que ela precisa de muita energia para contribuir de forma ativa no parto e nascimento de seu filho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; DINIZ; DUARTE, 2004).

O pós-parto também deve ser alvo da assistência humanizada ao parto do enfermeiro, visto que neste período se desenrolam todas as morbidades, como dor e desconforto perineal, oriundas de complicações naturais do próprio TP, de procedimentos executados, de possíveis iatrogenias de procedimentos desnecessários ou não. Ainda há toda a preocupação por parte dos pais, principalmente da mãe, nos cuidados ao recém-nascido, cólicas, amamentação, banho, entre outros, que desgastam a mãe (FRANCISCO et al., 2011).

O enfermeiro na cena do parto atua como facilitador da promoção do parto natural. Ele deve ter um olhar amplo e holístico sobre toda a assistência, direcionando-a segundo seu planejamento e as escolhas e decisões maternas. Ser agente executor da humanização do parto humanizado implica acolher, ouvir, amar, se importar com o outro. Assistir de forma integral, ética, acolhedora e eficiente, propiciando um ambiente agradável para uma experiência parturitiva saudável é exercer o cuidar em sua mais íntima essência, o qual, é relevante sempre ressaltar, é a verdadeira gênese do exercício da enfermagem (WALDOW, 2010b).

O cuidado sempre esteve presente nas atribuições da enfermagem e deve ser exercido de maneira integral e com uma visão humanística, expandindo a

compreensão do homem. A enfermagem atua proporcionando a mulher, durante o parto, maior segurança e conforto, sempre com uma escuta ativa e atenciosa. A criação de vínculo com a paciente é primordial para perceber as suas necessidades e então saber quais as ações a serem realizadas. É grande a importância dos enfermeiros na redução da ansiedade das gestantes e parturientes, proporcionando-lhes mais coragem, conforto e segurança.

O papel da enfermagem frente a um acompanhamento humanizado durante o parto exige um profissional sem preconceitos, a prestação de serviço livre de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, solidariedade, apoio, orientação e incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional.

A relação dos enfermeiros com suas pacientes demandam de dinamismo, para que os saberes da paciente sejam incorporados ao conhecimento científico e sua autonomia seja preservada.

4.1 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

Historicamente as profissões de parteira ou enfermeira obstétrica, enfermeira e obstetrix, são distintas. No contexto histórico a profissão de parteira é a mais antiga, com o passar dos anos foi diminuindo a quantidade de parteiras e seu lugar foi sendo substituído pela enfermeira obstétrica, que posteriormente recebeu o título de obstetrix.

Já a enfermeira obstétrica refere-se ao portador de diploma de nível superior em enfermagem com especialização na área obstétrica. Em parágrafo único do Artigo 3º o enfermeiro quando habilitado para a assistência obstétrica poderá ser denominado enfermeiro obstetra, cabendo a este profissional prestar assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal em domicílio ou no hospital, acompanhar o parto e o puerpério normais limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido.

No decorrer dos anos a intervenção excessiva da medicina no parto tem gerado um grande sentimento de insegurança por parte da gestante no momento da parturição. E, embora as enfermeiras obstetras desempenhem uma função relevante quando se fala da implantação da assistência humanizada no parto, ainda se faz necessário maior incentivo e apoio tanto às profissionais quanto aos programas de humanização para tornar sua prática mais comum no momento do nascimento.

O acompanhamento da enfermeira desde o pré-natal até o puerpério e o incentivo dado para o aleitamento materno exclusivo tem grande importância para a boa relação com a gestante e puérpera, e toda a equipe deve ter uma visão humanística dessa atenção, compreendendo toda a situação emocional vivida pela gestante e não vê-la apenas como mais uma paciente na sala de parto.

A oferta de um ambiente que ofereça o conforto necessário para o momento do trabalho de parto; a prestação de uma assistência voltada para a real necessidade da gestante; o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; o incentivo ao aleitamento materno logo após o parto, permitindo o contato pele a pele do bebê com sua mãe; o respeito dos profissionais de saúde com os fatores emocionais, culturais e sociais maternos; a boa receptividade; o diálogo entre profissionais e mulheres, sobretudo sobre o que ocorrerá durante o parto, esclarecendo as dúvidas; e a permissão do acompanhante escolhido pela gestante para prestar apoio neste momento; caracterizam algumas práticas humanizadas da assistência.

As orientações fornecidas por parte das enfermeiras, o acolhimento da gestante, a substituição de procedimentos, às vezes desnecessários, por condutas menos invasivas e não farmacológicas que minimizem a dor e o sofrimento, e proporcionando explicações sobre as condições de evolução do parto, são estratégias apontadas para a superação destas dificuldades. Se a equipe de enfermagem junto a equipe multidisciplinar não desenvolver um manejo correto, a experiência do parto poderá ser traumatizante, havendo maior probabilidade de complicações obstétricas. Em suma, a prestação de uma assistência humanizada ao parto tem grande valor, visto que engloba ações desenvolvidas por profissionais como as enfermeiras, médicos, assistentes sociais entre outros que valorizam o

apoio emocional, a sensibilidade em ouvir, o contato e o cuidado com as mulheres no pré, intra e pós-parto.

Quando se trata da busca pela melhora da assistência à mulher, o déficit de conhecimento das gestantes quanto ao verdadeiro significado do parto humanizado, e a falta de enfermeiras obstetras nas instituições de saúde, constituem alguns dos obstáculos encontrados para que a política de humanização seja implantada de forma concreta. Entre os principais desafios encontrados para implantação do cuidado humanizado no processo parturitivo, são apontados: a negligência dos profissionais de saúde em oferecer as informações necessárias para as mulheres e familiares; a formação profissional dos médicos mais voltada para o biológico e o tratamento das patologias do que para o cuidar, fazendo com que estes intervenham nos partos com técnicas modernas, que por muitas vezes podem ser substituídas por outras mais simples e com real comprovação científica; o despreparo tanto da equipe quanto das instituições em receber e orientar o acompanhante sobre sua importância neste momento.

No modelo onde a hegemonia médica é marcante, ocorre a ausência do reconhecimento da enfermeira obstetra no ambiente hospitalar e a dificuldade de inserir este profissional nas equipes, causando desta forma uma desvalorização profissional e na restrição da sua atuação profissional. Em relação ao parto humanizado domiciliar, o Conselho Federal de Medicina recomenda que este seja realizado em ambiente hospitalar alegando ser esta a forma mais segura para o desenvolvimento deste evento. A mulher, por sua vez, tem total autonomia para decidir se quer parir em casa ou no hospital, exceto quando houver algum risco para a saúde do bebê e para sua integridade física. Para tanto, é imprescindível o acompanhamento pré-natal adequado para evitar qualquer agravo na saúde deste binômio. O Conselho Federal de Enfermagem ao se referir ao parto humanizado, afirma que a enfermeira obstetra devidamente inscrita no Conselho Regional de Enfermagem está apta a realizar partos domiciliares sem distócia, obedecendo às normas do Ministério da Saúde implantadas pelo SUS. Mas, para que este tipo de parto aconteça é preciso haver um hospital de referência para qualquer intercorrência que venha acontecer.

A substituição dos médicos obstetras nos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras tem grande importância para a implantação da assistência humanizada, haja vista, que estas profissionais têm uma formação voltada para cuidá-lo, a qual compreende a mulher como o foco central do parto. Além disso, dão ênfase aos aspectos sociais, emocionais e fisiológicos deste momento entendendo que cada mulher tem um contexto de vida diferenciado. Nesse aspecto concordamos que o movimento pela humanização do parto tem o objetivo de deixar de lado a ideia que a gravidez é uma doença e que o fator causador desta nova percepção da gestação tenha sido a mudança do parto domiciliar para o parto hospitalar, tornando-o desumanizado.

5 METODOLOGIA

A ciência, desenvolvida por meio da pesquisa, é um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, com o objetivo de encontrar soluções para os problemas propostos, mediante o emprego de métodos científicos e definição de tipos de pesquisa. (CERVO; BERVIAN, 2002; ALVESMAZZOTTI; GEEWANDSZAJDER, 1999).

A pesquisa objetiva a produção de novos conhecimentos por meio da utilização de procedimentos científicos. Contribui para o trato dos problemas e processos do dia a dia nas mais diversas atividades humanas, no ambiente do trabalho, nas ações comunitárias, no processo de formação e outros. O conhecimento torna-se uma premissa para o desenvolvimento do ser humano e a pesquisa como a consolidação da ciência. (SILVA, 2008).

O desenvolvimento da pesquisa demanda investimentos governamentais, como também de instituições privadas, em ciência e tecnologia e, ainda, de criatividade, rigor, conhecimento e competência dos pesquisadores - acadêmicos e/ou cientistas já consagrados. (MENEZES; VILLELA, 2010).

O pesquisador utiliza conhecimentos teóricos e práticos. É necessário ter habilidades para a utilização de técnicas de análise, entender os métodos científicos

e os procedimentos, com o objetivo de encontrar respostas para as perguntas formuladas. (SILVA, 2008).

Para o desenvolvimento adequado de uma pesquisa científica, é necessário planejamento cuidadoso e investigação de acordo com as normas da metodologia científica, tanto aquela referente à forma quanto a que se refere ao conteúdo. (OLIVEIRA, 2002, p. 62).

Seu foco não é quantificar, porém explicar distinções das relações sociais as quais se procura delinear um senso comum e positivo (MINAYO, 2004).

Andrade (2002) complementa ainda que muitas finalidades de e um estudo exploratório tende a proporcionar maiores subsídios sobre o assunto facilitando sua delimitação, formulação e ainda o favorecimento de novos enfoques acerca da temática em questão.

A Pesquisa Básica objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais. (GIL, 2006). Assim, o pesquisador busca satisfazer uma necessidade intelectual pelo conhecimento, e sua meta é o saber. (CERVO; BERVIAN, 2002). Consiste na realização de trabalhos teóricos ou experimentais, cuja finalidade principal seja a aquisição de novos conhecimentos sobre os fundamentos de fenômenos e fatos observáveis, sem objetivo particular de aplicação ou utilização.

A pesquisa básica, também conhecida como pesquisa pura ou pesquisa fundamental, é uma pesquisa científica focada na melhoria das teorias científicas. Ainda, este tipo de pesquisa pode ser apenas teórica, o que não a desqualifica, uma vez que tem a intenção de ampliar a compreensão de certos fenômenos ou comportamentos, sem, entretanto, procurar resolver ou tratar tais constatações.

Desta forma, é um modelo muito usado pelas universidades consideradas, digamos assim, mais tradicionais, porque não costumam contar com financiamentos externos ou privados.

A pesquisa exploratória tem como função preencher as lacunas que costumam aparecer em um estudo. Por isso, também recebe o nome de estudo exploratório.

Geralmente as pesquisas exploratórias possuem métodos mais flexíveis, sem o uso de questionários detalhados ou amostragens muito complexas. Conforme já foi falado, o objetivo é levantar informações e não obter conclusões estatísticas.

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (CERVO e SILVA, 2006).

As pesquisas exploratórias visam uma maior familiaridade do pesquisador com o tema, que pode ser construído com base em hipóteses ou intuições. Os assuntos das pesquisas exploratórias, geralmente, são pouco conhecidos e, por isto, este tipo de pesquisa costuma envolver grandes levantamentos bibliográficos, citações e exemplos que facilitem o entendimento do assunto, além de entrevistas com pessoas que passam pelo problema ou já o superaram. Pesquisas bibliográficas e estudos de caso são muito utilizados nas pesquisas exploratórias, que contam muito com a intuição do pesquisador, dependendo bastante de seu trabalho.

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão a partir de um grupo social, de uma organização etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores baseados em métodos qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos, nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa. (GOLDENBERG, 1999).

Segundo Neves (1996), a pesquisa qualitativa assume diferentes significados no campo das ciências sociais. Compreende um conjunto de diferentes técnicas

interpretativas (entrevista não estruturada, entrevista semi-estruturada, observação participante, observação estruturada, grupo focal) que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados.

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens. Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

Os métodos qualitativos descreve uma relação entre o objetivo e os resultados que não podem ser interpretadas através de números, nomeando-se como uma pesquisa descritiva. Todas as interpretações dos fenômenos são analisadas indutivamente (FERNANDES, 2009).

CARACTERIZANDO O ESTUDO BIBLIOGRAFICO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que visa explicar um determinado questionamento. Para elaboração deste tipo de pesquisa, foi necessário consultar trabalhos publicados em livros e ou artigos científicos de acordo com a proposta previamente selecionada.

Gil (1996) expõe que a pesquisa bibliografia é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sendo assim, pesquisa bibliográfica é a que se efetua tentando-se adquirir conhecimentos a partir da utilização de informações primárias e secundárias, com o objetivo de solucionar problemas.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas

científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

O levantamento bibliográfico é normalmente feito a partir da análise de fontes secundárias que abordam, de diferentes maneiras, o tema escolhido para estudo. As fontes podem ser livros, artigos, documentos monográficos, periódicos (jornais, revistas, etc), textos disponíveis em sites confiáveis, entre outros locais que apresentam um conteúdo documentado.

De acordo com Minayo, Lakatos e Marconi (2004), a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange todo acervo disponibilizado ao público em relação ao determinado tema de estudo, desde artigos, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, etc., até meios de comunicações orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, baseando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um padrão onde não se podem obter em equações, médias e estatísticas.

De acordo do Teixeira (2010), o conhecimento é fator primordial para o alcance de uma educação de qualidade. O autor afirma que só será possível construir o conhecimento se este estiver atrelado com uma educação comprometida e realmente construtiva.

A metodologia utilizada neste presente estudo é a revisão bibliográfica. A pesquisa bibliográfica caracteriza-se pela busca na literatura de diversos aspectos de um tema a ser estudado e analisado, o que pode contribuir para uma pesquisa futura mais ampla e estruturada. (DYNIEWICZ, 2009). O intuito de uma pesquisa bibliográfica é colocar o cientista em contato com o que foi produzido sobre determinado assunto, inclusive através de conferências (LAKATOS E MARCONI, 1996).

A fim de se obter um entendimento mais aprofundado do assunto em discussão, fez-se necessário a busca em fontes variadas. Dessa maneira, se acredita ter abarcado tais fontes e ter o objetivo alcançado: atingir um conhecimento mais abrangente do objeto de pesquisa.

Minayo et al., (2004) vem tratar sobre o caráter qualitativo das ciências sociais e da metodologia que se deve aplicar para reconstruir de forma teórica o seu significado.

A metodologia qualitativa se dedica a investigar significado, motivos, crenças, valores e atitudes empregando subjetividade, que não podem ser diminuídos a simples contagens. Na busca foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para a seleção de prováveis trabalhos de interesse a esta pesquisa, no qual se destacou os resumos e os textos completos dos artigos, utilizando com palavras chaves os termos, Parto humanizado, assistência, enfermagem, os quais estavam associados ou não.

Após a realização do levantamento bibliográfico e seleção dos artigos, foram desenvolvidas leituras prévias, seguidas de leituras mais minuciosas e analíticas, no sentido de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa.

A pesquisa tem o intuito de melhorar a compreensão do parto humanizado, voltada para assistência prestada pelos enfermeiros, com bases em material já existente em artigos científicos, um estudo integrativo determinado o assunto enfoque e abordados, podendo chegar a conclusões inovadoras em aspectos de humanização e assistência de qualidade.

A gestação figura-se como um momento singular na vida da mulher, representa marco importante, pois pode estar associado ao ápice de sua feminilidade, uma vez que o ato da concepção é uma particularidade inerente às mulheres. Do processo que segue da descoberta da gravidez ao efetivo trabalho de parto e por fim ao parto, esta experimenta um turbilhão de sentimentos, como alegria, medo e dor, necessitando de atenção e apoio emocional.

A humanização da assistência é uma necessidade dos usuários de serviços de saúde e vem sendo bastante pautada por diversos autores. Para Oliveira e Cutolo humanizar a assistência é ver o indivíduo como um todo, tornando, portanto a humanização intrínseca a integralidade e para se produzir ação humanizada em saúde é necessária uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença.

Uma assistência humanizada é direito do usuário e dever do profissional de saúde e do sistema fornecer. Vastos são os casos onde se evidencia a desumanização do ser humano enquanto pessoa, enquanto usuário, reduzindo-o a um aglomerado de massa e sistemas com algum desequilíbrio anátomo-fisiológico-patológico. É preciso acolher, ouvir e entender que o assistido é uma pessoa no todo com problemas internos, fisiológicos, mas com vários outros externos que muitas vezes são a gênese dos primeiros (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também para o profissional de saúde. A política de humanização defende estratégias de humanização inerentes ao processo saúde doença. Reforçam-se os princípios básicos da assistência, como integralidade, comprometendo-se com a valorização da vida e o respeito à cidadania, nas múltiplas interfaces do cuidado humano.

Segundo a PNH, “[...] Humanizar, é então, ofertar o atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais [...]” (BRASIL, 2004, p. 6). A humanização refere-se às relações sociais profissional-paciente, mas também as estruturas e condições necessárias para o exercício pleno e devido da assistência em saúde com recursos humanos e físicos adequados para as demandas populacionais (BRASIL, 2004).

A assistência a saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e do recém nascido. Identificam-se como obstáculos para implantação do cuidado humanizado: o desconhecimento das mulheres e de seus familiares e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atividade da resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissionais da saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde com a parturiente. Acredita-se que a chave da humanização do parto é o pré-natal pois neste período

pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério seja e pode ser também conscientiza-las de seus direitos.

Frello e Carraro (2010) ressaltam que no parto humanizado faz-se necessário dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre a parturiente e a equipe deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir o outro e na atenção dispensada; não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo.

A humanização da assistência reside, também, nas relações interpessoais, em especial entre o profissional e o cliente e o acompanhante. (MOURA, 2007). O relacionamento entre paciente e profissional e instituição é fundamental para o processo de humanização, sendo este composto por fatores como comunicação, empatia, conhecimentos técnicos científicos e respeito pelos seres humanos. À humanização engloba uma série de diferentes aspectos referentes as ideias, aos valores e as práticas, envolvendo as relações entre os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares e os acompanhantes, incluindo os procedimentos de rotina do serviço e a distribuição de responsabilidades dentro dessa equipe. No entanto, tais fatores tornam-se fragmentados se a experiência do nascimento não for reconhecida em seus aspectos emocionais.

Ao prestar assistência humanizada à mulher, que vivencia o ciclo gravídico puerperal, os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto. Podem também ajudá-la a superar os medos, as ansiedades e as tensões. No modelo humanizado de atendimento, a parturiente e seu acompanhante devem ser recebidos pela equipe com empatia e respeito, considerando sempre suas opiniões, preferências e necessidades.

A participação da enfermeira no atendimento às gestantes é de fundamental importância para à orientação das queixas comuns destas clientes, educação à saúde, tentar fazer o possível para que essa vivência seja de forma tranquila, dando

as orientações necessárias para que esse parto saia o mais natural e menos dolorido possível (NERY, ALMEIDA, 2015).

Humanizar a assistência ao parto além de praticar ações que valorizem e estimulem o parto natural, é não promover humilhações a gestante, sejam através de ações inadequadas que expõe em demasiado a privacidade da mesma, como através de comentários desrespeitosos ou inapropriados para aquele momento. No momento do trabalho de parto, o centro das atenções é a mulher e seu filho e não fatos pessoais e conversas individuais que não dizem respeito à assistência (DINIZ, DUARTE, 2004).

O enfermeiro é chamado a exercer sua essência de líder também ao assistir ao parto. Um bom líder executa a escuta ativa que faz com que a pessoa que fala se sinta realmente importante para o ouvinte. A postura do enfermeiro, que inclui o modo e o que falar expressões, ações, entre outros, influi positivamente ou negativamente no empoderamento da mulher na parturição (HUNTER; 2004).

Observa-se que os desafios da humanização da assistência ao parto relacionam se com a visão dos profissionais em relação ao presente tema, sendo obtida uma visão diferenciada dos profissionais, aqueles que trabalhavam na casa de parto relacionam o respeito pela mulher, estabelecendo uma assistência centrada nas suas vontades e escolhas, enquanto os profissionais da maternidade enfocaram a humanização no aspecto da ausência de utilização de drogas ou execução de intervenções na hora do parto, acreditando-se que pela falta de participação ativa no processo de parturição dentro da maternidade contribui para a falta de conhecimento sobre o tema (MARQUE, 2006).

Para Dias (2005) a entrada da enfermagem obstétrica na atenção aos partos de baixo risco, atualmente ocupado pelos médicos obstetras tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. Diante disso, Marque (2006), pressupõe que a não participação ativa dos profissionais de enfermagem no processo de parturição dentro da maternidade contribui para a falta de conhecimento sobre o tema abordado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O cuidado prestado durante o parto vem sofrendo diversas modificações ao longo dos tempos. A mulher passou a frequentar o hospital ao invés da própria residência, passando a ser um processo medicalizado, utilizando a assistência de profissionais ao invés das parteiras, como também, a mulher tornou-se um sujeito que pouco tem influência sobre a maneira de como conduzir esse processo.

De acordo com Ferreira; Viana e Mesquita (2014) o parto é momento muito importante na vida da mulher no qual ela espera ansiosamente pela chegada do seu filho. Sendo necessário que este evento seja momento tranquilo e prazeroso para a parturiente e que seja marcado positivamente em sua memória. No entanto, devido as rotinas hospitalares muitas vezes dificultam essa assistência, acaba impossibilitando que a parturiente decida sobre as condutas a serem realizadas durante o seu parto.

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado, há movimentos defendendo como um processo que respeita a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonista e buscando uma adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas. (CASTRO, 2005).

A proposta da humanização na assistência à mulher durante o período do trabalho de parto e puerpério é uma sugestão do Ministério da saúde (MS), com o alvo principal de reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL,2005).

Segundo Chernicharo et al (2013), a humanização efetiva-se nas práticas em saúde, ou seja, da forma como os profissionais agem no cotidiano dos serviços. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. Entende-se o parto humanizado como um parto respeitoso, em que o profissional da saúde reconhece o valor daquele momento para a mãe, o pai e o filho e se dispõe a ajudar, efetuando somente os procedimentos necessários, num ambiente agradável, onde a mulher esteja cercada de profissionais simpáticos e de uma pessoa de confiança.

As atribuições dos enfermeiros neste processo é um tema que vem sendo amplamente discutido nos últimos anos. De acordo com Velho; Oliveira; Santos (2010) essas atribuições são vistas pelos profissionais de saúde e por boa parte da clientela, que as enfermeiras obstétricas como profissional comprometida e qualificada, que tem como atribuição resgatar o parto normal como evento fisiológico e proporcionar dignidade, segurança e autonomia. Uma profissional que reconhece os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, que não realiza intervenções desnecessárias e garante os direitos de cidadania da mulher e sua família. Assistindo ao trabalho de parto baseada em um modelo humanístico e holístico de cuidar. A assistência humanizada, prestada por esse profissional propicia o empoderamento da mulher, ao percebê-la conectada com a mente e o ambiente.

Com base na proposta de humanização, o desenvolvimento de práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Contudo, na realidade de muitos serviços de saúde, muitas das recomendações ainda não foram introduzidas ou encontram resistência para sua efetivação nos centros obstétricos (BUSANELLO, 2011)

Os enfermeiros obstétricos afirmam que a chave da humanização do parto é o pré-natal, pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério (SANTOS; OKAZAKI 2012).

Como alternativa apontada por Matei (2003), acredita-se que a chave da humanização do parto é o pré-natal, sendo ideal nesse período o fornecimento de orientações adequadas do processo de gestação ao puerpério e conscientizá-la de seus direitos.

Para Dias (2005) a entrada da enfermagem obstétrica na atenção aos partos de baixo risco, atualmente ocupado pelos médicos obstetras tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização. Diante disso, Marque (2006), pressupõe que a não participação ativa dos profissionais de enfermagem no processo de parturição dentro da maternidade contribui para a falta de conhecimento sobre o tema abordado.

Nota-se a necessidade de os profissionais de enfermagem mudarem a atitude e a postura diante a assistência ao parto e nascimento, reconhecendo sua importância como membro da equipe de saúde na assistência à mulher e ao neonato, usando o conhecimento técnico científico para promover a saúde e o bem-estar de seus clientes, ajudando na implementação das práticas humanizadoras dentro dos hospitais e maternidades (MARQUE, 2006);

As mulheres evidenciaram o acolhimento, a satisfação com o atendimento, a segurança, o estímulo à liberdade, a privacidade e o uso da água como determinantes na repadronização do cuidado humanizado. A garantia da presença de um acompanhante no parto fortalece a mulher, proporcionando apoio emocional e psicológico. O apoio contínuo do acompanhante reduz a necessidade de analgésicos, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida. (ZVEOTER, 2005)

A enfermagem junto com a equipe deve procurar respeitar, instruir, encorajar e incentivar o parto junto ao acompanhante, sendo assim é estabelecido uma relação de confiança entre as partes envolvidas. O enfermeiro diante de sua importância deverá dar informações sobre o parto, puerpério e puericultura e com isso, amenizar os medos e insegurança, promovendo um ambiente saudável e tranquilo para que essa mudança de gestante para a puérpera ocorra sem traumas (FRELLO; CARRARRO, 2010).

A visão holística do enfermeiro obstetra associada ao processo de enfermagem favorece uma assistência individualizada à parturiente, fundamentada no conhecimento científico, fazendo com que ela se sinta parte de um processo natural que acompanha o ritmo de seu próprio corpo. A função do enfermeiro obstetra é colaborar com as forças naturais do parto, criando condições mais favoráveis para o nascimento, vivenciando a ciência, a natureza e a ética, promovendo, assim, modificações de comportamento de acordo com as respostas da parturiente (SANTOS, 2012)

Um dos intuitos do enfermeiro obstetra é proporcionar um ambiente calmo que diminua a ansiedade e o medo nas mulheres em trabalho de parto, além de oferecer técnicas para o alívio da dor como massagem lombar, deambulação, posturas variáveis durante o trabalho de parto e parto, hidratação, alimentação,

métodos de respiração para minimizar o desconforto do processo parturitivo, e banho de imersão (SANTOS, 2012).

A humanização do parto e o nascimento envolve uma série de situações em que é necessária a revisão das ações e condutas dos profissionais de saúde e da equipe de enfermagem, incluindo a formação de qualidade e a atualização contínua dos profissionais. Torna-se necessária a inserção da temática da humanização nos programas institucionais de capacitação e nas ações de educação permanente em saúde, com intuito de potencializar uma formação diferenciada.

Através dos estudos realizados, nota-se a importância da atualização profissional no que se refere ao processo de parto e da saúde da mulher. Algumas medidas são necessárias para discutir as práticas profissionais, como reuniões, discussões da prática, atualização nos protocolos do Ministério da Saúde e tornar a educação um fator permanente e continuado nos serviços de saúde.

Humanizar o trabalho de parto requer substituições de paradigmas intervencionistas e mecânicos. Portanto, é indispensável capacitar os profissionais para que estimulem a conduzir a assistência ao parto de forma serena e humanista. Vale a promoção debates e rodas de conversas que busquem inserir a peça chave de todo o cuidado a ser prestado: a mulher. Como também, a elaboração de um plano de ações com propostas para promover o cuidado humanizado entre os profissionais da maternidade, que envolva estratégias de capacitação.

A implantação do modelo humanizado durante a assistência no trabalho de parto infelizmente ainda é considerada um desafio para os profissionais de enfermagem, enfatizar a necessidade de reconhecer a individualidade da mulher, bem como as suas necessidades de saúde, visando uma relação menos autoritária e fundamentada nas práticas humanizadas do atendimento ao trabalho de parto (TAKEMOTTO, CORSO, 2013).

Ainda segundo Almeida, Silveira, 2009, esta é uma realidade comum em muitos serviços de assistência hospitalar, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem à parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo e ao material disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com a população uma expressão de interação de humanos, que promovam momentos saudáveis com a mulher, seu recém-nascido e acompanhante

e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe de saúde. Pode-se compreender, assim, que o conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, além de falhas na estrutura física, demanda elevada acompanhada da falta de privacidade, bem como a ausência de preparo emocional e psicológico são algumas das situações consideradas “desumanizantes”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciado que a humanização na assistência ao parto requer uma atitude ética e acolhedora por parte dos profissionais da saúde, criar um ambiente onde a mulher tenha autonomia sobre seu corpo e tenha seus direitos respeitados, evitando condutas onde a parturiente se sinta isolada e que tenha seu papel ativo diante do trabalho de parto. Evidencia-se que o papel do enfermeiro obstétrico deve ser cuidar e orientar as puérperas durante todo o processo de partear e parir, propiciando uma troca de saberes e levando a mulher a refletir, decidir sobre os cuidados que deseja para si, e assim, transformando o ato de parir em um momento singular de sua vida.

Nesse contexto a humanização valoriza os diferentes indivíduos que implicado no processo de produção de saúde (usuário, trabalhadores e gestores), com autonomia e do protagonismo desses indivíduos aumentado o grau de corresponsabilidade na produção de saúde este estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão, identifica as necessidades sociais de saúde. Sendo fortalecido o compromisso com os direitos do cidadão e destacando o respeito, as questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual.

Diante do presente estudo de literatura analisado, observamos que a assistência dos profissionais de enfermagem e sua percepção em relação à humanização do parto têm melhorado, mais precisando ainda de profissionais qualificados, comprometidos, que olhem a gestante com respeito, mostrando para elas, que as mesmas são protagonistas de suas vidas.

Deste modo, pode-se ressaltar que a enfermagem vem abordando, em seus estudos, as informações necessárias acerca da humanização no parto, de modo que, em suma, as publicações constituíram uma amostra pequena, tendo em vista que se trata de adoção de estratégias, que visa melhorias no tipo de assistência.

Os cuidados de enfermagem no parto humanizado apresentados convergiram para a presença do acompanhante e o envolvimento da família no processo de parturição, respeitar a privacidade da mulher, realizar procedimentos seguros e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, favorecendo o transcurso natural do

parto, além de orientar e informar a mulher, visando a sua autonomia em relação às condutas e procedimentos.

Neste estudo, foi possível averiguar que diversas práticas consideradas úteis ao parto humanizado, como o direito a ter um acompanhante, orientar sobre o parto, orientar sobre as formas de relaxamento para alívio da dor, uma boa relação da equipe com a parturiente e seus familiares, receber medidas de higiene e conforto, e o bebê mamar na primeira hora de vida, estavam sendo desenvolvidas para que a saúde atinja a necessária visão humanizada.

Deste modo, pode-se ressaltar que a enfermagem vem abordando, em seus estudos, as informações necessárias acerca da humanização no parto, de modo que, em suma, as publicações constituíram uma amostra pequena, tendo em vista que se trata de adoção de estratégias, que visa melhorias no tipo de assistência.

Os cuidados de enfermagem no parto humanizado apresentados convergiram para a presença do acompanhante e o envolvimento da família no processo de parturição, respeitar a privacidade da mulher, realizar procedimentos seguros e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, favorecendo o transcurso natural do parto, além de orientar e informar a mulher, visando a sua autonomia em relação às condutas e procedimentos.

Com as crescentes mudanças que vem sendo ocorridas diante da enfermagem e as diversas políticas inseridas para garantir assistência qualificada com base na humanização, a enfermagem ainda vem ganhando seu espaço dentro da obstetrícia, pois esse profissional ainda não possui total autonomia, prevalecendo ainda às práticas dos médicos. Apesar da implementação das Portarias 2815 e 613 pelo Ministério da Saúde que permite assistência da enfermagem ao parto de baixo risco, ainda assim são poucos os enfermeiros obstétricos que atuam no parto.

O Ministério da Saúde em 2010 criou a Rede Cegonha com intuito de garantir e possibilitar através dessa política a assistência qualificada fundamentada na humanização, garantindo os direitos das gestantes e do recém-nascido. Apesar disso existem ainda barreiras a serem vencidas para a implementação da assistência humanizada ao parto, como as rotinas e estrutura hospitalar e a falta de informação para as parturientes, que ainda acreditam no parto medicalizado.

O enfermeiro exerce seu papel fundamentado no ato de cuidar e proporcionar conforto e segurança para parturiente. Dentre as suas atribuições além da assistência a essa mulher, estão às questões administrativas que demandam mais tempo desse profissional, deixando de lado de exercer muitas vezes a prática humanizada.

Diante a visão dos enfermeiros quanto a humanização nota-se a necessidade de se capacitar cada vez mais, sobre o processo de humanização e nascimento, por meio de especializações e contínuas atualizações do conhecimento técnico científico, além de desenvolver habilidades na prática.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Samira Maria Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fatima Araújo. Humanização do parto: avanços e dificuldades para sua implantação. 2009. 15 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade de Recife, Recife, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067 de 6 jul. 2005. Diário Oficial da União, Brasília, n. 128, 06 jul. 2005.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, 07 abr. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acessado em: 02 junho. 2021.

Busanello J, Kerber NPC, Mendoza–Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Dec 15];64(5):824-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>. Acessado em: 10 de Junho de 2021.

CARVALHO, V. F; KERBER, N. P. C; BUSANELLO, J; GONÇALVES, B. G; RODRIGUES, E. F; AZAMBULA, E. P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev. Esc. Enferm USP, v.45, n.1, p.112-20, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a04.pdf>, Acessado em: 02 junho 2021.

Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6): 960-7.

COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf, Acessado em: 02 junho 2021.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, set. 2005.

FERREIRA, K.M; VIANA, L.V.M; MESQUITA, M.MAS.B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. Rev. Saúde em Foco. v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.12, n. 4, pp. 660-8, 2010.

Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>, Acessado em: 02 junho. 2021.

GOMES, Maysa L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225904.pdf/1.0>. Acesso em 02 junho. 2021.

GONÇALVES, R; AGUIAR, C. A; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev. Esc. Enferm USP. v.45, n.1, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf>, Acessado em: 02 junho. 2021.

KILPATRICK, Sarah; GARRISON, Etoi. Trabalho de Parto e Parto Normais. In: GABE.

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

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery R Enferm, v.3, n. 10, p. 439-447, dez. 2006.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. MariaCecília de Souza Minayo (organizadora) - Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/env/nvPI.def>, acessado em 02 junho. 2021.

MONTENEGRO, Carlos A. B. Obstetrícia. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.211-219.

MORAES, J. F; GODOI, C. V. C.; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. Saúde em Revista.v. 8 , n. 19, pp. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>>, acessado em 02 junho. 2021.

MOURA, F. M. J. S. P; CRIZOSTOMO, C. D; NERY, I. S; MENDONÇA, R. C. M; ARAÚJO, O. D; ROCHA, S.S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto.

RICCI, Susan S. Adaptação Materna Durante a Gravidez. In:_____. Enfermagem Materna-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008b. p. 202-213.

RICCI, Susan S. Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor. In:_____.Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 a. p. 24-31.

RICCI, Susan S. Trabalho de Parto e Processo de Nascimento. In:_____.Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008c. p. 265-285.

SANTOS LM, PEREIRA SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. Physis (Rio J) [Internet]. 2012; [cited 2016 Jul 12]; 22(1):77-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>.Acessado em: 10 de Junho de 2021.

Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 Oct 4];65(1):13-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>. Acessado em: 10 de Junho de 2021.

SANTOS, I.S; OKAZAKI, E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. Rev Enferm Unisa. V.13 n.1, p. 64-80, 2012.

Steven G. et. al. Obstetrícia: Gravidez Normal e Patológica. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2015. p. 265-286. Disponível em: <<https://books.google.com.br/>>. Acessado em: 02 junho. 2021.

TAKEMOTO, Angélica; CORSO, Rabel Marjorie; Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura- Arquivo de ciência e saúde UNIPAR v. 17 n 2, pág v. 11 , 2013.

VELHO, M.B; OLIVEIRA, M.E; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Rev. bras. enferm. v.63, n.4, p.652-659. 2010.
Zveiter M, Progianti JM, Vargens OMC. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. Pulsional: rev psicanal 2005; 17 (182): 86- 92.