



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FABILAINÉ FRANCISCO CAVALCANTE

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA
HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE PARTO
NORMAL/CESÁRIA**

ARIQUEMES – RO

2015

FABILAINÉ FRANCISCO CAVALCANTE

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA
HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE PARTO
NORMAL/CESÁRIA**

Monografia apresentada ao curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Orientador: Esp. Gustavo Barbosa Framil.

Ariquemes – RO
2015

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

F15i CAVALCANTE, Fabilaine Francisco.

Importância do enfermeiro na humanização do processo de parto normal/cesária . /
Fabilaine Francisco Cavalcante: FAEMA, 2015.
45.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de
Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil.

1. Parto humanizado. 2. Humanização. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Parto normal. I
. Gustavo Barbosa Framil. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

FABILAINÉ FRANCISCO CAVALCANTE

**IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE PARTO NORMAL/CESÁRIA**

Monografia apresentada ao curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador: Esp. Gustavo Barbosa Framil.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof^a. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof^a. Esp. Vilma Maria Galdino da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Ariquemes RO, 04 dezembro de 2015.

Dedicação especial aos meus pais, pelo dom da vida;

Ao meu esposo, pelo seu amor incondicional e sua compreensão. Obrigado por vocês fazerem parte da minha história.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de todas as coisas e por seu o condutor da minha vida;

Ao meu Orientador, o professor Gustavo Barbosa Framil pela sua paciência, profissionalismo e sempre à disposição nas minhas orientações;

Aos meus familiares, que também foram importantes à minha formação;

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concepção deste estudo.

“Humanizar é uma postura de respeito à natureza do ser humano, voltada para sua essência, singularidade, totalidade e subjetividade”.

Douglas Rattner.

RESUMO

Este estudo versa sobre a importância do enfermeiro na humanização do processo de parto normal/cesárea. O Humanismo busca entender o homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros, sendo neste contexto de significados onde há ações de uma singeleza “ímpar e singular”, tais como atenção e cuidado. A humanização na assistência do pré-parto e parto perpassa de uma política de saúde criada na medida em que existe uma análise das necessidades de atenção específicas das gestantes. Pode-se dizer que o parto é um momento excepcional pelo qual a mulher espera ansiosamente para ver em seus braços o seu tão sonhado filho. Desse modo, os acontecimentos decorrentes do trabalho de parto podem marcar de forma positiva ou negativa para sempre a vida da futura mamãe. Neste contexto busca-se demonstrar o quanto o profissional de enfermagem pode fazer na efetivação do cuidado humanizado prestado às parturientes. Diante desse quadro e almejando uma assistência digna as futuras mães, este estudo tem como norte a pesquisa bibliográfica fundamentada na revisão de literatura de abordagem qualitativa. Diante às teorias e leis afins pesquisadas foi possível verificar que, embora existam pressupostos legais assegurando instalações adequadas e profissionais qualificados para vivenciar um parto humanizado, algumas instituições de saúde enxergam isso como um investimento gerador de despesas, porém essa ideia não se efetiva, pois ao adotar o parto humanizado há uma redução de custos com medicamentos, tornando o tempo de permanência da mulher nos hospitais bastante restrito, o que por si só já pode levar em consideração que o parto humanizado contempla os dois lados desse processo: as instituições de saúde e a futura mamãe.

Palavras-Chave: Parto humanizado. Humanização. Enfermagem obstétrica. Parto normal.

ABSTRACT

This study deals with the importance of the nurse in the humanization of the normal / cesarean delivery process. Humanism seeks to understand the man and create ways for individuals to understand each other, and it is in this context of meanings where there are shares of a simplicity "unique and singular", such as attention and care. The humanization of pre-natal care and the birth permeates a health policy established in that there is an analysis of the specific care needs of pregnant women. It can be said that childbirth is an exceptional moment that the woman waiting anxiously to see in his arms his son dreamed. Thus, the arising of labor events could mark a positive or negative way forever the life of the expectant mother. In this context we seek to show how the nursing professional can make in the execution of humanized care provided to pregnant women. Given this situation and aiming a dignified assistance to mothers, this study deals is a bibliographic study based on a qualitative approach to literature review. On the theories and researched related laws we observed that, although there are legal requirements providing adequate facilities and qualified professionals to experience a humanized birth, some health institutions see this as a generator investment expenditure, but this idea is not effective, because the adopt humane childbirth there is a reduction of drug costs, making the woman's residence time in quite restricted hospitals, which alone can already take into consideration that the humanized delivery includes the two sides of this process: health institutions and the expectant mother.

Keywords: *Humanizing birth. Humanization. Midwifery. Normal birth.*

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FNS	Fundo Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização Hospitalar
PAISM	Programa de Assistência a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização de Pré-natal
PSF	Programa de Saúde na Família
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES	14
4.2 HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.....	17
4.3 UMA VISÃO RETROSPECTIVA DO PARTO.....	21
4.4 FISIOLOGIA DO PARTO	23
4.5 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E SUA FUNÇÃO NO PROCESSO DE PARTO	25
4.5.1 Processo do parto humanizado normal e cesáreo	28
4.6 A HUMANIZAÇÃO ASSISTENCIAL À PARTURIENTE E O PAPEL DO ENFERMEIRO	31
4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	34
4.7.1 Rede Cegonha um programa assistencial ao parto	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

A prática cada vez mais acentuada de intervenções cirúrgicas sem necessidade na hora do parto e a desvalorização do parto natural demonstram que a população feminina é desprovida de informação e educação em saúde. A relação existente entre médico-paciente, não raro de forma desigual, contribuem para que as mulheres tenham dificuldades em compartilhar da decisão perante as questões técnicas levantadas por esses profissionais. Porém, esse fato poderia ser resolvido ou ao menos amenizado se houvesse a prática da humanização na assistência ao parto e nascimento, que engloba os cuidados de enfermagem durante o processo gravídico puerperal.

Neste entendimento humanizado, o Ministério da Saúde preconiza que a assistência ao parto precisa ser de forma segura, assegurando para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, primeiramente, deve admitir e estimular o exercício da cidadania feminina, de tal sorte que ela possa resgatar a sua autonomia no momento do parto. (BRASIL, 2001).

Diante disso, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), tem em seu cerne reorganizar a assistência, conectando convencionalmente o pré-natal ao parto e puerpério, expandindo o atendimento às mulheres e assegurando-lhes a qualidade, através da realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Este programa proporciona duas particularidades acentuadas: contempla integralmente a assistência obstétrica e a concretude dos direitos da mulher, esculpida como diretrizes institucionais. (BRASIL, 2001).

Logo, humanizar a assistência de enfermagem materno infantil é fundamental, pois assegura à mulher o seu acesso ao pré-natal, permitindo-lhes uma assistência honrada, uma gravidez segura e saudável, com as informações indispensáveis para que possa escolher de forma tranquila o local, o tipo de parto, o profissional que lhe assistirá, o acompanhante, a posição de parição, entre outras.

Acredita-se que essa pesquisa seja relevante para os profissionais de enfermagem, por levá-los analisar criticamente o seu trabalho, os cuidados dispensados aos pacientes e o que é possível fazer para melhorar e tornar mais humanizada essa assistência, e isso pode conscientizá-los da importância de sua participação na assistência, promoção da saúde, prevenção de intercorrências na gravidez e recuperação da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Enfatizar a atuação do enfermeiro sob a ótica da humanização durante o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase no parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Abordar o processo fisiológico, histórico e social do parto;
- ✓ Descrever a visão capitalista em relação ao parto;
- ✓ Discorrer sobre preconização do parto humanizado estabelecido pela Organização Mundial da Saúde;
- ✓ Destacar o trabalho do profissional de enfermagem e a humanização perante o parto.

3 METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica conforme evidenciado por Severino (2002) contribui para obter informações a propósito do tema ou problema pesquisado; ter conhecimento das publicações inerentes acerca do tema e os aspectos que já foram vivenciados; além de averiguar as opiniões similares e distintas sobre o tema ou de aspectos catalogados ao problema de pesquisa.

Prestes (2005), menciona que neste tipo de pesquisa abordam-se obras anteriores com o tema proposto evidenciado antes por outros estudiosos, bem como, destaca a importância do conhecimento alocado em livros, videotecas, periódicos, revistas científicas, *internet* entre outras informações acerca do investigado, destacando também assuntos afins resultantes de outras pesquisas científicas.

Desse modo, a pesquisa bibliográfica sobre o tema abordado foi feita a partir de um levantamento de dados utilizando as ferramentas de base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a qual engloba algumas bibliotecas virtuais, a exemplo da *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Cochrane, LILACS, MEDLINE, BIREME/OPAS/MS, além do acervo da Biblioteca da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), onde foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem obstétrica, Parto normal, Parto humanizado, além de outras combinações por meio dos operador booleanos, tais como: parto cesário ou cesáreo + humanização +parto humanizado.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a busca eletrônica (*on line*), a saber: artigos disponíveis na íntegra, entre os anos de 2000-2014. Vale ressaltar que as produções científicas para além desse período se tratam de marcos legais fundamentais e indispensáveis para o desenvolvimento dessa pesquisa, sendo publicados em língua portuguesa e inglesa, conforme a relevância com o tema proposto. Além dos artigos *on line*, foram utilizados manuais do Ministério da Saúde, bem como livros hospedados na biblioteca da FAEMA. O critério de exclusão utilizado foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES

Tendo como objetivo buscar melhorias para a saúde, um grupo de secretários municipais de saúde se reuniu em um movimento, sendo conhecido como o Movimento Popular de Saúde ou “Movimento Sanitarista” e através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Desse movimento surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista popular que tem como princípios a Universalidade, Integridade e Equidade e Participação Social, nesse novo formato qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendida nas unidades públicas de saúde (BRASIL, 2009).

As resoluções oriundas dessa Conferência forneceram os pressupostos que mais tarde viriam a ser inscritos na Constituição de 1988 a chamada “Constituição Cidadã”. De uma gestão extremamente centralizada, passou-se à descentralização como a melhor maneira de assegurar maior participação na formulação e na implantação dos serviços e ações de saúde. Ocorreu então, a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde da responsabilidade integral da saúde a nível federal. Do mesmo modo, nos estados e municípios, onde a responsabilidade agora fica a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2011b).

A proposta do SUS é promover um atendimento igualitário a toda população, prestando-lhe cuidado, prevenção e assistência à saúde aos brasileiros. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele inclui desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, e garante atendimento gratuito para toda a população do país. (BRASIL, 2011a)

De acordo com a cartilha distribuída pela Secretaria Estadual da Saúde de Rondônia (2008), são alguns dos direitos dos usuários do SUS:

- a) Ser atendido de modo digno, respeitoso e cordial, como ser humano, individual e cidadão, por parte de todos os profissionais das unidades de saúde, a qualquer hora e sob todas as circunstâncias;
- b) Ser acolhido e protegido sem distinção de cor, raça, sexo, orientação sexual, idade, classe social, credo religioso, convicção política, ideias ou crenças e

condições de saúde associadas, como deficiência física, AIDS, transtorno mental, dependência química;

c) Ser identificado pelo nome e sobrenome, não podendo ser chamado de forma genérica, pelo nome da doença, pelo número do leito, por apelidos não assumidos ou qualquer outra forma preconceituosa;

d) Receber informações claras, simples e compreensíveis, adaptadas à sua linguagem e condição cultural, sobre o estado geral de saúde, ações diagnósticas e terapêuticas, implicações, duração e finalidade do tratamento, necessidade de anestesia, instrumentos utilizados, regiões do corpo a serem afetadas e solicitação de exames, bem como participar na decisão sobre os procedimentos.

Importante ressaltar também que os usuários do SUS não são portadores somente de direitos, mas também de deveres a ser cumprido como preconizado na cartilha (RONDÔNIA, 2008):

a) Informar expressamente se compreendeu todas as informações recebidas e, continuando as dúvidas, pedir que lhe sejam esclarecidas;

b) Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde responsável pelo seu cuidado, quando compreendido e aceito;

c) Adotar um comportamento respeitoso e cordial com os demais internados e a equipe de saúde;

d) Participar ativamente de seu tratamento, aprendendo o autocuidado.

No entanto, existem muitas coisas que precisam ser feitas para que o SUS atenda a sua essência, ou seja, preste um serviço de qualidade, embora o mesmo seja o mais importante e avançado movimento social, as dificuldades enfrentadas pelos usuários estão longe da condição ideal.

Se a saúde seguisse a proposta preconizada pelo SUS com relação ao atendimento e a sua preocupação em que todos tenham acesso, a história de muitos países, principalmente a do Brasil poderia ser outra, poderia ter desde um atendimento mais humanizado a uma equipe de trabalho mais satisfeita em exercer suas funções. Porém muitas vezes falta-lhes até mesmo o material de trabalho para desempenhar as mesmas (RIOS, 2009).

[...] Alguns anos se passaram desde que a Declaração Mundial de Saúde (OMS) declarou que todas as nações que a compõem devem assumir o compromisso de, até o fim do milênio, estender a assistência médico-hospitalar e as ações preventivas a todos os seus cidadãos, independente

de classe social, nível de instrução, cor ou opção política. O Brasil, como país participante da OMS, assinou essa declaração de princípios. Apesar disso, mesmo faltando poucos anos para o encerramento do prazo, o país ainda está longe de atingir os objetivos fixados (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 67).

Há algum tempo, ajustes no serviço de saúde no SUS já vem ocorrendo para que o mesmo possa atingir os objetivos para o qual ele foi criado: de ser humanizado e de qualidade.

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2011b, p. 2).

Ballone (2004) traz essa questão aos exemplos atuais, ele cita algumas situações constrangedoras no dia-a-dia dos hospitais. Se no século XVIII as pessoas ofereciam atenção e cuidados humanos aos pacientes porque a ciência não podia oferecer mais nada. Nota-se que hoje a ciência tem muito a oferecer, mas por outro lado as pessoas não oferecem nada além da técnica.

Ainda seguindo o mesmo raciocínio, o autor acredita que não há dúvida com relação aos progressos em torno da medicina e das técnicas utilizadas, tanto no diagnóstico como no tratamento, tanto na prevenção como na cura das doenças. Todas essas mudanças contribuem com o bem estar do paciente, e trazem um conforto pessoal, na qualidade de vida e na longevidade das pessoas (BALLONE, 2004).

Paralelamente a todas essas mudanças tecnológicas veio também o aspecto frio e mecânico, maquinal, reducionista e desumano na relação entre as pessoas. Essa mudança ensinou a todos o preço das coisas, mas não ensinou a ninguém o valor das mesmas. É fundamental que a equipe hospitalar não considere apenas a doença que o paciente tem naquele momento, mas que ela se importe com a pessoa do indivíduo, cuidando não somente da doença mais sim do doente. Agindo assim, a equipe ira compreender o sofrimento além da dimensão física, a pessoa deve ser atendida em seu componente social, psíquico e emocional, é preciso ter

mente que a instituição de saúde existe em função do doente e não o doente em função desta (BALLONE, 2004).

O SUS dirige suas atuações de atendimento ao usuário dos serviços de saúde, baseado em alguns de seus projetos que são: Política Nacional de Humanização Hospitalar (PNH), HUMANIZA-SUS¹, e o Programa de Saúde na Família (PSF). Os serviços prestados nos hospitais através do SUS são pagos pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e esses recursos vêm do Tesouro, da Previdência e de impostos (BRASIL, 2011a).

A PNH da atenção e da gestão é uma iniciativa inovadora no SUS. Foi criada em 2003 com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção à saúde. Sem dúvida alguma que esse novo sistema irá encontrar algumas dificuldades, uma vez que humanização requer novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, indo até mesmo além dos problemas cotidianos e desafios do trabalho. (BRASIL, 2010).

4.2 HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

Segundo Ferreira (2001), a palavra *humanizar* vem do latim “*humanus*” que significa dar condições humanas, civilizar, torna-se humano, humanar-se. Este termo humanização tem sido usado de várias formas, pois é considerada uma palavra de vários conceitos.

O Humanismo busca entender o homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros. E é neste contexto de significados onde há ações de uma singeleza “ímpar e singular”, tais como atenção e cuidado, que tornam humanizado o atendimento oferecido à sociedade, assim, humanizar é valorizar a qualidade do acolhimento, conservando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários, ressaltando o entendimento e a relação dos profissionais. (RIOS, 2009).

“Para que o trabalho de um profissional seja eficiente e ao mesmo tempo humanizado, em qualquer área são necessários conhecimentos, qualidade técnica e, indubitavelmente, uma boa qualidade de interrelação humana” (GARCIA, 2005, p.

¹ HUMANIZA-SUS: Representa a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como finalidade principal aprimorar o SUS. Luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral de forma universal.

19). No mesmo entendimento é possível dizer que: “A humanização desponta no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes” (RIOS, 2009, p. 8)

Seguindo o mesmo raciocínio, a humanização é essencial para o respeito e valorização do ser humano, e é ela quem estabelece um método de mudança na cultura institucional, através da reeducação dos compromissos éticos, reconhecendo o campo da subjetividade como interesse principal para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas (GARCIA, 2005).

“Em nosso meio existem numerosos exemplos de humanização em hospitais, muitos deles dentro de padronizações bem estruturadas, outros surgindo espontaneamente como respostas à necessidade locais.” (VIEGAS, 2007, p. 50). Esse mesmo autor ainda aborda alguns exemplos de humanização hospitalar como:

- a) Presença do pai no parto;
- b) Alojamento conjunto – possibilidade a mãe e seu filho recém-nascido ficarem juntos na maternidade;
- c) Entrada dos pais nos berçários ou nas unidades de terapia intensiva (UTI) neonatais em horários livres para visitar seus recém-nascidos internados (prematuros recém-nascidos de baixo peso ou doentes). Além do atendimento multidisciplinar dos recém-nascidos por médicos, enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, são também realizadas reuniões com os pais para orientação sobre os cuidados futuros em casa e atenção sobre problemas psicológicos surgidos na família;
- d) Método Canguru – não apenas na iniciativa privada, mas também como programa do Ministério da Saúde, permite o contato contínuo pele-a-pele do recém-nascido de baixo peso (peso abaixo de 2.500 gramas) com sua mãe e com seu pai;
- e) Hospital Amigo da Criança – com atendimento integral, não apenas com técnicas aprimoradas, mas com cuidados de humanização;
- f) Mãe acompanhante – nas enfermarias de pediatria, as mães podem permanecer o tempo todo ao lado de seus filhos internados;
- g) Visitas dos pais em horários livres às crianças hospitalizadas;
- h) Boa relação da equipe multidisciplinar com os pais, familiares e amigos de crianças e adolescentes internados nos quartos, nas enfermarias e na UTI – por meio de reuniões, cursos e treinamentos, a equipe toma ciência dos problemas do paciente e de sua família, amigos, passando a dar-lhes atenção não apenas técnica,

mas com muita sensibilidade, modificando profundamente o significado da hospitalização.

A humanização surge para mostrar aos profissionais de saúde que o paciente não é uma doença ou tão somente um doente, é um ser humano que tem família, que tem um convívio social, planos, sonhos e sofre com as mudanças de sua rotina pessoal, passa a conviver no âmbito hospitalar onde ele não sabe por quanto tempo permanecerá.

Segundo Ballone (2004), não há dúvida nenhuma que os avanços do conhecimento e da técnica têm forte repercussão na área da saúde, tanto no diagnóstico como no tratamento, tanto na prevenção como na cura das doenças, tudo isso refletindo diretamente no conforto pessoal, na qualidade de vida e na longevidade das pessoas. O avanço tecnológico trouxe consigo também um aspecto frio e mecânico, maquinal, reducionista e desumano na relação entre as pessoas. O Positivismo ensinou a todos o preço das coisas, mas não ensinou a ninguém o valor das coisas.

A humanização torna-se importante no momento em que o paciente recebe um diagnóstico, pois cabe ao enfermeiro e aos profissionais de saúde a forma como eles darão a notícia ao paciente, familiares e cuidadores. Pois será a forma que esta notícia chegará ao doente que facilitará a aceitação e a realização do tratamento, criando assim um vínculo entre paciente, família e equipe de saúde.

Garcia (2005, p. 118) diz que “De nada adiantará o brilhantismo de um diagnóstico se não for compartilhado com o paciente.” A forma como a notícia é dada ameniza até mesmo a angústia e o choque causado por essa descoberta. É preciso que a humanização seja instalada em todas as áreas, principalmente na saúde, tanto no sistema público como no particular. “Falar de humanização é fácil, o difícil é praticá-la”. (VIEGAS 2007, p. 49).

O autor ainda coloca que Humanização é respeitar alguém fragilizado, com naturalidade, sem parecer superior, procurar prestar às pessoas enfermas um alívio para o seu sofrimento, tendo compaixão com atitudes positivas, não como alguém que esteja dando uma esmola, mas alguém que realmente possa fazer alguma coisa para melhorar sua qualidade de vida. Um tratamento, um gesto de amizade, um conforto, uma atenção, uma palavra, um sorriso, uma esperança ou a explicação com delicadeza de uma situação grave, é dar aos pacientes terminais a possibilidade de morrer com dignidade. (VIEGAS, 2007).

Na essência do ser humano, existe um potencial para agir de forma independente, tanto em um sentido como em outro. Logo, distinguir as importâncias dessas peculiaridades humanas se mostra o primeiro passo para a humanização. O segundo passo seria ampliar métodos que permitam a inclusão de tais aspectos no pensar e agir sobre os processos saúde-adoecimento-cura e nas relações interpessoais. (RIOS, 2009).

Humanizar e cuidar também significa praticar a convivialidade, o respeito, a solidariedade. O profissional deve saber ouvir, deve ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, para que possa compreender a situação e os valores do outro. “Quando o paciente percebe que o profissional, de fato, o entendeu e, ainda mais, ficou preocupado com o seu sofrimento, inicia-se o processo de cura”. (GARCIA, 2005, p. 118-9).

Quanto a isso Garcia (2005), ainda coloca a importância de ouvir com atenção, olhando nos olhos do paciente, dessa forma é possível perceber o que está acontecendo, o que o paciente está sentindo, as modificações que estão ocorrendo no seu semblante na hora que ele relatado os seus sintomas. Não basta receitar a medicação a ser tomada, e nem tampouco só entregar na mão do paciente a receita médica, é necessário explicar de maneira simples, independente do grau de escolaridade do paciente.

Rios (2009), ainda coloca que isso não é uma tarefa muito fácil nos tempos atuais, prevalece nos indivíduos o jeito narcísico de ser, inclusive na própria formação acadêmica dos profissionais da saúde. É necessário falar de humano para humano, não permitindo que o paciente tenha alta do hospital ou de qualquer outro estabelecimento de saúde com dúvidas, é preciso saber se ele compreendeu tudo que foi falado de forma humanizada. O paciente muitas vezes fragilizado não consegue sequer compreender o raciocínio do médico.

Na realidade, a Humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro. Hoje, nos hospitais, é possível encontrar profissionais cada vez mais empobrecidos no relacionamento interpessoal, percebe-se que quase não há vínculo com os pacientes, e isso são pontos fundamentais a serem considerados.

É por isso que segundo Ballone (2011), a instituição deve oferecer condições de trabalho adequado ao profissional de saúde. O grau de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional (em qualquer área) tende a repercutir em seu

trabalho. Há instituições de atendimento à saúde já consideradas humanizadas, porém, algumas vezes essa humanização diz respeito exclusivamente a melhorias da estrutura física dos prédios.

Quando a instituição não oferece condições satisfatórias para seus profissionais, há uma desmotivação por parte da equipe de atendimento, fazendo com os mesmos deixem de produzir um atendimento humanizado. O sistema deve atender a instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.

Percebe-se que hoje, com a tecnologia, os atendimentos estão cada vez mais rápidos, mesmo com o aumento de pacientes ainda seria possível ter um atendimento mais humano, mais cauteloso, onde o paciente pudesse se sentir mais à vontade para esclarecer todas as suas dúvidas, a fim de compreender as causas e o processo de sua cura. Sendo que falando sobre o parto, essa questão não pode ser diferente, pois nesta etapa da vida a mulher está mais vulnerável. (ANGERAMI-CAMON, 2011).

4.3 UMA VISÃO RETROSPECTIVA DO PARTO

O parto é um processo natural, devendo ser respeitado por ser importante na vida da parturiente e sua família, assim, as práticas de assistência ao parto diferem muito de uma cultura para outra, onde cada sociedade impõe suas regras, controlando assim as práticas do nascimento, decidindo o ambiente e o profissional que irá ofertar a sua assistência ou impondo normas a serem aplicadas durante o processo de parição. (KITZINGER, 1978 apud CARNEIRO, 2013).

Como caracterizam Acker et al. (2006), o trabalho de parto foi por muito tempo realizado apenas por mulheres, que eram conhecidas por sua experiência e popularmente chamadas de parteiras, comadres, curandeiras, geralmente elas eram vizinhas, mães, amigas ou mulheres que a comunidade confiava em sua capacidade de conduzir o parto.

Para Crizóstomo, Nery e Luz (2007), as parteiras raramente recebiam pela assistência prestada durante o trabalho de parto e pós-parto, conhecido como o “cuidado do resguardo”, acreditando que era um dom de Deus, e por esse motivo

sempre estavam dispostas a desempenhar suas atividades com muita dedicação e amor.

A puérpera recebia as orientações desde início de sua gestação, as parteiras aconselhavam quanto aos hábitos cotidianos da parturiente, e as alterações que surgiriam ao decorrer de toda gestação, executavam a palpação do abdômen a fim de identificar a posição fetal, abordavam a questão da presença da família e a posição que gostaria de parir, sempre respeitando a escolha da parturiente, como ato de humanização. (MATOS et al., 2013).

Acker et al. (2006) destaca que as parteiras tinham os próprios materiais, tais como: pinça, tesoura, gaze, cordão, luvas, agulha e fio para sutura que utilizavam em caso de rompimento do períneo, outros materiais as comadres utilizavam da própria residência das parturientes, tais como bacia, lençol e roupas de preferência de cor branca, sempre se preocupando com a higienização do ambiente.

Ao decorrer do tempo foi decaindo a procura pelas parteiras pra realização da assistência ao parto, o cenário que antes era visto como harmonioso, passou então para o atendimento hospitalar, ambiente esse desconhecido, cuja assistência era toda desempenhada por médicos cirurgiões, que optaram por partos em posição de decúbito dorsal, e a utilizar se instrumentos e medicamentos, que aceleram o trabalho de parto, diminuindo assim seu tempo e esforço físico (MATEI et al., 2003).

Segundo Cecagno e Almeida (2004) os partos foram mecanizados pelo homem, modificando o conceito de que o parto era um ato feminista, aderindo então a utilizar se de todos os avanços tecnológicos e intervenções possíveis, tornando o ritmo natural da parturição em um caráter técnico e impessoal, desligando a família de qualquer tipo de participação afetiva com a parturiente, transformando o momento peculiar e repleto de emoções em uma experiência considerada por muitas mulheres como sofrida, no qual as mulheres são vistas como objetos, sendo manipuladas sem poder tomar qualquer tipo atitude em relação ao seu próprio parto.

Conforme a organização do movimento feminista, iniciativas governamentais começaram a observar a necessidade de mudanças no campo da obstetrícia, com isso houve conflitos entre as praticas obstétricas no Brasil, com destaque no uso excessivo de medicação no trabalho de parto, elevação dos índices de partos cesáreos, e as taxa de morbimortalidade materna, com todas essas divergências os profissionais enfermeiros se indignam com tanta falta de respeito com natureza da mulher, pois a mesma não apenas tem a capacidade de parir naturalmente, como

também pode decidir a qual tipo de parto lhes será mais viável sem qualquer tipo de intervenção do homem, apenas com orientações profissional e apoio emocional da família, a parturiente consegue perfeitamente dar a luz. (SANTOS; NUNES, 2009).

Priszkulnik e Maia (2009), realçam que as mulheres da atualidade não veem mais o parto como um ato fisiológico e sim patológico, mas vale ressaltar que essa idealização de incapacidade de parir naturalmente, é devido à grande falta de incentivo e orientações dos médicos durante o pré-natal, em relação à mulher se conhecer, a observar as contrações e controlar sua respiração, para que no momento em que a mesma entrar em trabalho de parto, já possa estar preparada e consciente que a dor faz parte do momento de parição. Por esse motivo e que é valido a presença de um enfermeiro neste momento, pois o mesmo orienta a gestante desde inicio de sua gestação, sempre valorizando o vínculo mãe e filho.

Diante dos grandes índices de partos mecanizados o uso desnecessário de medicamentos, e a falta de humanismos, fazem se valer a necessidade de humanizar a assistência ao parto, desde uma reforma na cultura hospitalar, com a instalação de uma assistência transformadora direcionada as mulheres em período gestacional e sua família, modificações na estrutura física, pra um ambiente mais acolhedor e harmonioso. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A humanização no tocante à assistência ao parto sugere especialmente que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha sem necessidade, tenha conhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, a fim de promover a saúde e proporcione o suporte emocional indispensável à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetuosos familiares e o vínculo da mãe com o recém-nascido (DIAS, 2005).

4.4 FISILOGIA DO PARTO

O parto ocorre quando a gestante antes do termino de sua gestação percebe que seu útero apresenta picos de contrações rítmicas, fracas e de frequência baixa, durante o nascimento propriamente dito, as contrações são mais fortes estimuladas pelo hormônio oxitocina e prostaglandinas. (FERNANDO; FORTUNATO; PINTO 2003).

De acordo com o dicionário Aurélio parto se entende: “ato ou efeito de parir, de dar à luz ou conjunto de fenómenos fisiológicos que resultam na saída do feto do

corpo materno; parturição” (FERREIRA, 2001, p. 517). Significa dizer que isso acontece de forma natural.

A gravidez e o parto constituem eventos sociais que fazem parte da vivência reprodutiva de homens e mulheres. Trata-se de um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério formam uma experiência humana das mais expressivas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. Assim, no período gravídico o corpo da mulher sofre algumas alterações, das quais explana apenas algumas para melhor compreensão desse fenômeno.

Sistema cardiovascular: Na mulher gestante os batimentos cardíacos aumentam passando dos 70 bat./min, para 80-90 bat./min. Aumentam também o débito cardíaco em 30-50%. Este aumento geralmente tem o seu início pelas 6 semanas da gravidez atingindo o seu máximo entre as 16 e as 28 semanas, permanecendo alta até às 30 semanas, quando reduz de forma ligeira porque o útero em crescimento causa obstrução da veia cava inferior, diminuindo o retorno venoso. (FERNANDES; FORTUNATO; PINTO, 2005).

A pressão arterial sistólica² quase não se modifica, mas a pressão arterial diastólica³ desce 5-10 mmHg, entre as 12 e as 26 semanas, voltando aos níveis anteriores à gravidez pelas 36 semanas. Aumentam, ainda, a frequência de sopros funcionais e a frequência de contrações auriculares e ventriculares prematuras, que não devem ser confundidas com doença cardíaca. O coração assume uma posição mais horizontalizada, rodando para a esquerda, o que aumenta o seu diâmetro transversal em RX torácicos e desloca o eixo do QRS do ECG para a esquerda. (FERNANDES; FORTUNATO; PINTO, 2005).

Sistema respiratório: A gravidez provoca transformações anatômicas e fisiológicas que modificam a performance da respiração. Não é raro ocorrer dilatações em todo do aparelho respiratório dificultando a gestante respirar normalmente. Na medida em que o útero dilata-se o diafragma chega até 4 cm e a

² Pressão arterial sistólica: denominado de pressão arterial máxima, corresponde ao valor medido no momento em que o ventrículo esquerdo bombeia uma quantidade de sangue para a aorta. Este valor pode variar entre os 120 a 140 mmHg, sendo estes os valores mais comuns para que tenha a sua pressão dentro dos valores normais.

³ Pressão arterial diastólica: conhecido como a pressão arterial mínima, correspondente ao momento em que o ventrículo esquerdo volta a encher-se para retomar todo o processo da circulação. Este valor geralmente está dentro da média dos 80 mmHg.

grade costal se desloca e aumenta a parte torácica inferior até 2 cm e o seu contorno pode chegar a 6 cm.

O resultado do volume aumentado e por conseguinte a frequência respiratória, produz-se a chamada: "hiperventilação da gravidez", que tem como consequências a diminuição do CO₂ alveolar e, logo, a diminuição da PCO₂ no sangue materno, enquanto o O₂ alveolar se mantém em valores normais". Vale lembrar que essa hiperventilação materna é avaliada como sendo um fator protetivo em face da exposição do feto a níveis excessivos de CO₂. (MELLO, 2012).

Sistema digestivo: no que tange ao aparelho digestivo no período gravídico as necessidades de vitaminas e minerais aumentam, inclusive o apetite também aumenta, ainda que em alguns casos esse processo se dê ao contrário, ou seja, diminui-se o apetite e aumenta as náuseas e vômitos. A motilidade digestiva pode diminuir, devido aos elevados níveis de progesterona, que diminui a produção de motilina⁴. Ao aumentar o tempo que os alimentos percorrem no sistema digestivo há a promoção da reabsorção de água, provocando obstipação.

Esse processo no esôfago gástrico tende a desenvolver ao refluxo gastroesofágico, em virtude da lentidão dos alimentos e ao relaxamento do cárdia. Estas alterações alargam o risco anestésico, pois pode ocorrer a aspiração do conteúdo gástrico. O refluxo na medida em que a gestação avance tende a piorar pela compressão exercida pelo útero sobre o estômago. (FERNANDES; FORTUNATO; PINTO, 2005).

4.5 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E SUA FUNÇÃO NO PROCESSO DE PARTO

A humanização no pré-parto se mostra de extrema relevância, pois nesta fase a mulher precisa de assistência isenta de traumas a fim de que o parto decorra da melhor maneira possível. E a enfermagem é decisiva nesse processo por ser responsável pelo acolhimento e pelo cuidado não invasivo tão esperado pela gestante. (SANTOS et al., 2012).

Não obstante, para que trabalho de parto se desenvolva normalmente, é imperativo que o emocional e o bem estar físico da mulher estejam sob controle,

⁴ Motilina: Trata-se de um Hormônio produzido pelas células da mucosa intestinal sendo esta responsável pelo aumento da motilidade gástrica e intestinal.

pois isso contribui para reduzir os riscos e/ou complicações no processo do parto. Desse modo, o respeito do direito da mulher a privacidade, segurança e comodidade, além da assistência humana qualificada, conjuntamente como apoio familiar durante o parto, se transforma o nascimento em momento ímpar e especial na vida da mulher e da família. (MOURA et al., 2007).

Neste sentido, necessita, pois um novo enfoque que venha estimular a participação efetiva da mulher e seu acompanhante. Sem, contudo esquecer que o profissional de enfermagem deve estar sempre presente junto da parturiente, promovendo o suporte físico e emocional e o emprego de novas técnicas de cuidado que possibilitam minimizar e aliviar a dor. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em relação ao cuidado, ressalta-se que, “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. (BOFF, 2000, p. 33). Sendo assim, o ato de cuidar implica colocar-se no lugar do outro, perante as mais distintas situações, seja na extensão pessoal, ou na social.

“Cuidar é um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas, o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte”. (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005, p. 267). A palavra cuidado remete à concepção de atingir uma ação através da atenção, de fazer algo, significando preocupação, afinidade amor, carinho e atenção para com alguém. (NASCIMENTO et al., (2006).

Por conseguinte, o acompanhante é também fundamental, pois estudos revelam que a presença do acompanhante agrega muitos benefícios, atuando especialmente na ansiedade da parturiente, contribuindo dessa forma, para o progresso do trabalho de parto e a sua devida assistência. Assegurado por diversas vezes o bem-estar da futura mãe, podendo até auxiliar no conforto físico, incluindo a redução dos níveis de dor e no conforto emocional. Porém, o profissional deve-se ter ciência que o acompanhante é um colaborador e não um agente do hospital e como a mulher está passando por um momento especial, nada mais justo que seja acolhido no contexto assistencial. (TOMELERI et al., 2007).

Em linhas gerais, pode-se dizer que o pré-parto é um ambiente difícil de permanecer em virtude à eminente dor externada pela parturiente. Essa dificuldade pode ser compreendida no universo popular, visto que o recurso em trocar o acompanhante homem por outra mulher que tem laços familiares é bastante comum

entre as famílias populares ainda mais quando se encontra no processo de trabalho de parto. (TORNQUIST, 2003).

Com o intuito de reverter este quadro, o enfermeiro obstétrico teve a sua inserção nas maternidades, com o principal objetivo diminuir os índices de mortalidade, as interferências cirúrgicas sem necessidade e a medicação excessiva. No sentido de atingir esse objetivo o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº. 163, de 22 de setembro de 1998 (163/98), que promove a remuneração da assistência ao parto realizado por enfermeiro obstetra, limitando os valores pagos para parto cesárea, tendo por finalidade incentivar o parto normal humanizado (BRASIL, 2000).

Os enfermeiros ocuparam seu espaço profissional de maneira ética e de acordo com os preceitos legais fundamentadas pela Resolução do MS e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº. 223/99, esta revogada pela Resolução COFEN Nº 0477, de 14 de abril de 2015, que em seu artigo 1º, estabelece que o profissional de enfermagem obstetra e a obstetrix podem exercer todas as funções designadas de enfermagem no campo da obstetrícia, cabendo-lhes conforme dispõe o inciso II: “g) Assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; “h) Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) Assistência à parturiente e ao parto normal; j) Execução do parto sem distócia⁵ [...]”.

Os enfermeiros obstétricos devem realizar suas atividades tendo por base as técnicas não medicamentosas, ou seja, devem dar orientação em relação a postura e a mobilidade apropriada à parturiente influenciando para aliviar a dor estimulando o trabalho de parto evitando o uso de analgésicos e ocitocina respectivamente. Essa atitude permite uma melhora na evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa. (SANTOS et al., 2012).

Importante ressaltar que simplesmente substituir o médico pela enfermeira obstetra não significa necessariamente um atendimento humanizado da assistência. Contudo, tem-se a certeza que se a atuação do profissional de enfermagem estiver incluída em uma nova proposta de cuidado, as condições para que haja efetivamente modificação do modelo de assistência estão sendo produzidas. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

⁵ Distócia: compreende as dificuldades presenciadas na evolução de um trabalho de parto, acarretando em uma função difícil, impossível ou perigosa colocando em risco a mãe e o feto.

4.5.1 Processo do Parto humanizado Normal e Cesáreo

Em que pese, o parto natural segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SP), é aquele realizado sem nenhuma intervenção ou métodos que não são necessários durante o trabalho de parto, parto e o pós-parto, ou seja, todas as atenções estão centradas na mulher. Tem também a sua denominação como parto humanizado, tendo em vista o respeito e carinho com que a mulher e seu bebê são tratados nesta fase. No parto natural, o bebê nasce pelo canal vaginal, onde não há nenhuma intervenção cirúrgica, tudo é transcorrido naturalmente com um mínimo de métodos empregados, no sentido de que se evite causar dor, alguma complicação ou risco de infecções tanto à mãe como ao nascituro. (SÃO PAULO, 2011).

Vale lembrar que há uma distinção entre o parto normal (tradicional) e o parto natural, visto que os partos normais às intervenções fazem parte da rotina, alguns procedimentos são: “o corte na vagina, a colocação de soro na veia, a raspagem dos pelos, a lavagem intestinal, a suspensão da alimentação, o repouso na cama hospitalar, a proibição da presença de um acompanhante, dentre outras ações”. (ENKIN et al., 2005, p. 58). Esses procedimentos, não raro, causam dor e sofrimento, sem contar que aumentam o risco de inúmeras complicações à mãe e ao bebê. Isso se explica, porque muitas mulheres tem verdadeira ojeriza do parto normal.

Já no que se refere ao parto cesáreo, conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar ele pode ser assim definido: “É o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conteúdo do útero materno durante o trabalho de parto”. (BRASIL, 2004, p. 2). No que concerne ao parto cesáreo, às razões que levam as mulheres a optar por esse procedimento encontram-se relacionadas com: “ausência das dores de trabalho de parto, evitar o medo do parto, ser um método mais rápido, a possibilidade de realizar uma laqueadura, salvar a vida do bebê, ter informações e controle sobre o evento e desfrutar com segurança da criança”. (BEATRIZ VELHO, 2012, p. 460).

De acordo com o Ministério da Saúde através da Secretaria de Políticas de Saúde, no preparo da gestante para o parto é preciso incorporar uma multiplicidade de cuidados, medidas e atividades que têm por finalidade principal proporcionar à mulher vivenciar o experimento do parto sob a ótica do processo fisiológico, em que a gestante se sentirá a estrela principal desse processo. Não de pode esquecer que

esse atendimento, tendo a possibilidade, carece ser oferecido à gestante e ao acompanhante, podendo este ficar ao seu lado durante o pré-natal, no transcorrer do trabalho de parto e parto, experimentando juntamente com a mulher a vivência do nascimento. (BRASIL, 2001).

Neste contexto, o profissional de saúde exerce um papel fundamental, pois ele atua como facilitador para o incremento desta atenção como parte dos serviços de pré-natal. Também participa com orientações, aconselhamentos particulares e atividades, no preparo da mulher e seu acompanhante para o parto. Nessa fase de preparação, a gestante precisa receber orientações atinentes aos seguintes temas: “processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação”. (BRASIL, 2001, p. 26).

Importante ressaltar também que, esses conteúdos incluem orientações a propósito de anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, os comportamentos que irão facilitar a participação ativa no nascimento, sexualidade dentre outras questões. É necessário levar em consideração também, os desejos e valores da mulher, adotando uma postura sensível e ética, tendo o devido respeito como cidadã e suprimindo as violências verbais e não verbais. (BALASKAS, 2000).

Além das medidas paliativas e educativas que precisam ser inseridas nos programas de pré-natal, durante a gravidez, ao preparar a mulher para o parto compreende especialmente adotar medidas referentes ao trabalho corporal. A finalidade principal destas medidas é proporcionar à mulher ter melhor conhecimento da percepção corporal, além de trabalhar com o relaxamento e da respiração a fim de que se tenha melhor controle do trabalho de parto e o parto em si. Assim, se faz necessário desenvolver com a gestante, exercícios adequados para cada etapa da gravidez, envolvendo o relaxamento e os exercícios respiratórios. (BRASIL, 2001).

Confirmando a ideia de humanização, é indispensável que a equipe veja o nascimento como um momento fisiológico e natural, valorizando a experiência humana, “vendo a mulher e a família como centro do processo de atenção e fortalecendo-os como cidadãos. Modificando, assim, a cultura vigente do nascimento somente como evento médico-hospitalar”. (GAÍVA; TAVARES, 2003, p. 143).

Os profissionais de saúde que fazem parte desse processo necessitam transformar suas atitudes perante a assistência prestada, valorizando as carências da parturiente e seus familiares, a fim de que se resgate o vínculo afetivo entre a

equipe e os clientes, devendo para tanto reconhecer o parto como experiência ímpar e particular para cada mulher e, por isso, especial e com distintos sentimentos e necessidades. (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Diante dessa questão, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde, trazem em seu cerne como objetivo principal reorganizar a assistência, ligando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, expandindo o acesso das mulheres e, sobretudo, assegurar a qualidade por meio de um conjunto mínimo de procedimentos e que as dores provenientes do parto sejam minimizadas. (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

O parto tem um processo natural a seguir, no qual a dor surge a partir do estreitamento cervical, vaginal e perineal ao decorrer de todo processo de parição, sendo que todo esse procedimento é uma resposta fisiológica, muitos estudiosos apontam que a dor, medo e ansiedade estão interligados, e ao esquecer-se da dor automaticamente a ansiedade é diminuída. (ALMEIDA et al., 2004). Segundo Guyton (2006), a dor de um trabalho de parto se inicia com uma cólica proveniente de grande parte da hipóxia do músculo uterino resultante da constrição dos vasos sanguíneos no útero, sendo que a dor é admissível.

O Ministério da Saúde aponta que associar algumas medidas sem o uso de medicamentos, tais como: exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e caminhadas contribuem para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Estudos recentes demonstraram vantagens para a mulher que faz caminhadas ou adota outras posições que não aquela estática durante o trabalho de parto. Outros estudos também garantem que as contrações uterinas tornam-se mais intensas e eficientes para a dilatação do colo, apenas mudando de posição da parturiente. Outras medidas que podem ser lançadas mão frequentemente compreendem o banho de chuveiro ou de imersão, e massagens feitas por acompanhante ou profissional de saúde. O banho pode ser realizado no início da fase ativa do parto, isto é, a partir do momento em que as contrações têm início mais intensamente. (BRASIL, 2001).

De acordo com Freitas et al., (2006) a fase do nascimento tem uma sequência lógica, que inicia se com o primeiro período de dilatação, segundo expulsão, terceiro dequitação e quarto período que é a primeira hora pós-parto. O período de dilatação é o espaço de tempo do início do trabalho de parto (TP) até o termino da dilatação, que inclui a fase latente e a fase ativa do TP.

A fase latente é definida pela dilatação lenta do colo, já a fase ativa indica a dilatação rápida, caracterizada por contração regular e dolorosa, o segundo período é entendido como a dilatação completa e o desprendimento do feto, o terceiro compreende entre a expulsão tanto do bebê quanto da placenta e por fim o quarto período quando já houve a expulsão da placenta, já e realizado a admissão do recém-nascido encaminhando tanto a mãe quanto o bebê para sala de recuperação.

4.6 A HUMANIZAÇÃO ASSISTENCIAL À PARTURIENTE E O PAPEL DO ENFERMEIRO

No ano de 1998, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de uma multiplicidade de ações e incentivos, direcionados às questões da humanização, com a finalidade aprimorar a qualidade da assistência obstétrica, valorizar mais o parto normal, diminuir os partos de cesáreas sem necessidade e fortalecer o relacionamento da mãe com seu bebê (BRASIL, 1998-1999).

A humanização na relação e na forma como o paciente era tratado passou a ser vista como serviço a ser prestado por várias áreas de trabalho de diversas profissões, a atuação na saúde, principalmente no serviço de enfermagem. Fundamenta-se no respeito e valorização da pessoa humana, constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços, sendo que no tocante às questões envolvendo o parto seja ele cesáreo ou normal isso se torna mais proeminente. (RIOS, 2009).

Humanizar com assistência perpassa, certamente, pela qualidade da assistência dispensada no pré-natal, em que envolve a mulher, sua família e os outros acompanhantes, no processo de gestação e gerir o parto, quiçá, antes mesmo da concepção, levando em consideração suas restrições e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de iniciativas que desenvolvam a compreensão dessa população acerca desse processo, avaliando a conexão de seus saberes científicos da equipe de saúde. (REIS; PATRÍCIO, 2005).

No sentido de alcançar o nível de excelência desejado, foi constituída a assistência à parturiente através da enfermagem obstétrica, tendo como objetivo o cuidado, respeitando o caráter fisiológico do processo do nascimento. Apesar de que isso não constitua uma garantia de transformação do padrão de assistência ao

parto, a presença da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem demonstrado que essa é uma medida com capacidade de diminuir as interferências médicas desnecessárias e de oferecer uma assistência mais eficaz, oferecendo a indispensável sustentação emocional a mulher e a família (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Na verdade inúmeras dificuldades práticas podem surgir durante a reorganização dos serviços de saúde para tornar propício à gestante/parturiente um atendimento mais humanizado. Visando contornar essa situação, algumas instituições de saúde propõem criar grupos de apoio. A implementação desses grupos de apoio, devem ter vários profissionais da saúde envolvidos, enfermagem, psicólogos e assistentes sociais, pois desta forma é possível assegurar uma abordagem integral, e, concomitantemente, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Igualmente, o principal objetivo desse grupo de apoio seria amparar a mulher para lidar com as vivências, e cuidar de si durante esse período, além de prepará-la para o parto e a maternidade. (ARAÚJO; REIS, 2012).

O objetivo, desses grupos de apoio serve de complemento do atendimento dispensado nas consultas, aprimorar a aderência por parte das mulheres às indicações médicas, atenuar as ansiedades e medos relacionados à gravidez, parto e puerpério, abrangendo as vivências e necessidades da mãe e do recém-nascido, o aleitamento materno e a contracepção. Atua conjuntamente realizando um trabalho corporal de relaxamento e respiração, isso contribui para adequar o corpo ao trabalho de parto, favorecendo o parto normal. Para a eficácia desse trabalho, é imprescindível trabalhar exercícios peculiares ao parto em cada etapa da gravidez com a gestante, incluindo atividades de relaxamento e exercícios respiratórios. (BRASIL, 2001).

Outras medidas podem ser empregadas frequentemente como, o banho de chuveiro ou de imersão, bem como, massagens realizadas por acompanhante ou profissional de saúde. O banho pode ser utilizado quando se inicia a fase ativa do parto, isto é, na medida em que as contrações começarem a ficarem mais intensas. Os banhos de chuveiro com água morna são utilizados, empiricamente, a fim de aliviar a dor do trabalho de parto. “Mesmo que não exista ainda comprovação científica em relação a isso, a sensação de relaxamento físico e mental após um banho pode contribuir para o bem estar das gestantes”. (BRASIL, 2001, p. 43). A

finalidade desse preparo da mulher e seu acompanhante é beneficiar que o trabalho de parto e o parto em si sejam vivenciados de forma mais tranquila e participativa, resgatando o nascimento como um momento intrínseco da família.

Ao introduzir um profissional não médico no trabalho tem-se o objetivo reduzir o uso indiscriminado de medicação. Constituindo sempre que possível empregar técnicas não medicamentosas que contribuem para aliviar a dor e indução ao parto, como: estimular a deambulação, massagens relaxantes e banho de aspersão. Essas são importantes, mas não constituem a solução do problema que persiste no atendimento pré-parto. Necessita, pois mudanças institucionais, além de mudanças comportamentais por parte do profissional de enfermagem a fim de que as soluções humanísticas possam ser introduzidas na prática em prol da saúde materno-infantil. (SANTOS et al., 2012).

O enfermeiro precisa estar atento às queixas e outras manifestações que possam sugerir algum tipo de intercorrências, prestando informações a gestante acerca do processo evolutivo do trabalho de parto e ensinando-lhe os procedimentos que devem ser assumidos durante o período de dilatação, que incluem as técnicas de respiração a cada contração e relaxamento nos intervalos. Desse modo, a parturiente deve receber também todas as informações indispensáveis para prevenir e controlar a ansiedade e o medo. Isso fará com que ela fique mais preparada para o fenômeno da parturição, até mesmo pode resultar na escolha mais apropriada do tipo de parto. (CÂMARA et al., 2004).

Igualmente, no momento do nascimento, sendo o recém-nascido saudável, o profissional de enfermagem poderá recebê-la envolvendo-a em campo aquecido colocando sobre o abdome materno, encorajando a mãe a tocá-la e acariciá-la. Os primeiros cuidados com o bebê podem ser prestados pelo médico ou enfermeiro neonatologista. (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Neste sentido, o enfermeiro que opera na sala de parto no momento da dequitação⁶ deve ficar ao lado da parturiente, prestando-lhe informações acerca do deslocamento e a expulsão da placenta, conferindo a pressão arterial, a pulsação, aferindo o volume do sangramento vaginal e o tônus da musculatura uterina, dando toda a orientação sobre a prática de qualquer procedimento. Posteriormente, a parturiente precisa ser submetida a uma rápida higiene e conduzida para a sala de

⁶ Dequitação: período do parto que vai da saída do feto à expulsão da placenta e das membranas.

recuperação pós-parto. Nessa fase de recuperação, são conferidos os sinais vitais. (ESPIRITO SANTO, et al., 2003).

A percepção da equipe de enfermagem em relação à humanização do parto e nascimento involução uterina e sangramento vaginal. É fundamental avaliar a coloração e a hidratação das mucosas, o estado das mamas, a distensão da bexiga, as condições do períneo e dos membros inferiores. Nessa etapa, o profissional de enfermagem precisa proporcionar o máximo de conforto à puérpera; gerando um ambiente tranquilo para que a recuperação da mulher seja agradável e natural. Todas as atividades supramencionadas, além de aprimorar a vivência do experimento das mulheres que dão à luz, tem capacidade de influenciar diretamente e positivamente sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

4.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL

De acordo com Souto (2008), a partir de 1983 o movimento feminista, concomitante ao processo de democratização do País, lutava pela concepção e formulação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), programa este que ficou marcado na história das políticas públicas por abolir o conceito de que as mulheres serviam apenas para ser cuidadora do lar e zelar pelo bem estar de seus filhos, conceito visto pelo sistema de saúde, ressalta-se frisar que o PAISM surgiu antes mesmo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente o programa deveria atender integralmente as necessidades das mulheres no período gravídico puerperal, desde planejamento familiar á ações educativas em relação a sua a saúde sexual e reprodutiva, objetivando que as mesmas tenham autoridade e domínio sobre si. (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Coelho (2009), a mulher neste momento inicia seu direito a saúde sexual e reprodutiva, ao respeito independente de sua cor, raça ou classe social, obtendo acesso a ações que resolva suas necessidades diante de seu ciclo vital feminino respeitando o contexto sócio histórico e cultural de cada um, recebendo uma assistência digna e humanitária.

O PAISM deve promover ações em *prol* das gestantes, métodos contraceptivos, esterilidades, prevenção do câncer ginecológico, diagnósticos e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras ações, mas não foi o que ocorreu, pois o programa encontrou barreiras no meio político, financeiras e operacionais, impedindo a transformação da saúde através do programa, quando em 2000 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN), trazendo a proposta de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, modificando assim os métodos utilizados durante o atendimento das consultas, visando atingir o número crescente de atendimentos ao pré-natal possibilitando uma resposta satisfatória entre as consultas ambulatorial e o parto. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

PHPN/2000; Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, do Ministério da Saúde (MS), foi criado com objetivo de aprimorar o PAISM e garantir melhor atendimento a gestante na rede pública durante todo o período gravídico, puerpério e assistência ao recém-nascido, pois o PAISM era questionado quanto aos seus atendimentos oferecido a gestante, Coutinho et al., (2003), ainda refere que com a implantação deste programa haja o aumento gradativo a procura pelo atendimento ao pré-natal.

Com a implantação da Portaria/GM acima mencionada, importante ressaltar o artigo 1º que assim dispõe: "Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania; [...]" Este primeiro requisito realça a questão dos direitos das mulheres e dos deveres instituídos pelo Estado em um mecanismo legal cujo teor, geralmente técnico, restringe-se a instruções programáticas ou de regulação do sistema.

Contudo, o atendimento pelo PHPN tem a finalidade prestar uma assistência distinta a gestante, em que é preciso que se realize sua primeira consulta de pré-natal, compreendendo o primeiro até o quarto mês de gestação, o programa oferece a cada parturiente todas as informações imprescindíveis durante pré-natal, incluindo aí todos os exames e consultas ao transcorrer de toda sua gestação, bem como prestar atendimento ao recém-nascido. (DOMINGUES et al., 2012).

O PHPN, sem dúvida veio com o intuito de somar forças com o PAISM, esse programa defende e estimula o parto vaginal, onde não há quaisquer tipos de intervenções, sobretudo as medicamentosa, cirúrgica, ou, inclusive métodos violentos, reduzindo igualmente o índice de partos cesáreos sem necessidade,

eliminando sob o ponto de vista da população que o momento de parir esteja rodeado de sofrimento e dor. (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Por conseguinte, também na mesma época, ou seja, a partir do século XX, que teve-se a preocupação em atenuar altos índices da mortalidade materna e infantil, sobretudo com o melhoramento da assistência ao pré-natal, dando as mulheres no processo gravídico, ações preventivas e educativas durante o pré-natal. (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Assim, visando ainda inserir o profissional de enfermagem nessa política assistencial e humanizada, “o Ministério da Saúde propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) conforme a portaria 985/99, define a política de introdução do enfermeiro para humanização da assistência a parturiente de atenção ao parto”.

Todavia, em 2015 o Ministério da Saúde editou uma Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, redefinindo as diretrizes para implantação e habilitação CPN, no âmbito do SUS, que em seu artigo primeiro, dispõe:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. (BRASIL, 2015).

Esses CPN, são unidades de atendimento, implantadas fora do centro cirúrgico obstétrico, que dispõe de uma multiplicidade de mecanismos designados a receber a gestante e seus acompanhantes, possibilitando um trabalho de parto ativo e participativo, utilizando práticas fundamentadas em evidências recomendadas, diferenciando assim dos serviços tradicionais de atenção obstétrica. Os Centros nasceram com a finalidade principal de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao conceber a luz, em um local que lembra o seu ambiente familiar que assegurasse a garantia de um parto humanizado para a mãe e o recém-nascido, oferecendo-lhes recursos tecnológicos adequados caso de eventuais necessidades. Os CPN foram constituídos estrategicamente para reduzir a mortalidade materna e perinatal, proporcionando uma assistência humanizada. (MACHADO; PRAÇA, 2006).

O modelo de atenção baseado no humanismo, propõe acompanhamento da parturiente e de sua família durante o ciclo gravídico-puerperal procurando ser o mais amável possível e ajustando um ambiente tranquilo e saudável para a vivência da experiência do nascimento. Igualmente, os profissionais precisam ter um cuidado total à mulher, esclarecendo prováveis dúvidas e fortalecer a interconexão com a parturiente. Assim, para alcançar o ideal de humanização é imperativo que exista uma sensibilização dos profissionais de saúde para exercer efetiva atenção, do diálogo, do acolhimento e, sobretudo, da comunicação ativa com a parturiente. (RATTNER, 2009).

4.7.1 Rede Cegonha um Programa assistencial ao parto

O foco da rede cegonha como estratégia do ministério da saúde é o enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da rede de atenção no processo de parição e nascimento, realizando atendimento desde o nascimento até os 24 meses de vida, visando desenvolver ações que amplie e qualifique o acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. (BRASIL, 2011).

Sob a ótica de entendimento de Silva et al., (2011) inúmeros programas têm abordado este tema com atenção especial ao pré-natal, constituindo que a Rede Cegonha tem por diretriz aprimorar acesso e qualidade do atendimento ofertado pelo pré-natal, assegurando o acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade. Assim sendo, a consulta de pré-natal abrange uma série de ações em benefício à saúde.

Visando oferecer um trabalho diferenciado às gestantes, no dia 28 de março de 2011, a Presidente Dilma Rousseff e o Ministro da Saúde Alexandre Padilha lançaram um novo programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil. Trata-se do Programa Rede Cegonha⁷, que dentre as suas diretrizes englobam: teste rápido de gravidez nos postos de saúde; um mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, bem como, uma gama de exames clínicos e laboratoriais, inclui-se aí o teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de

⁷ A Rede Cegonha é um programa do Governo Federal aliado ao SUS e propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto e também ao recém-nascido e às crianças até dois anos de idade. Disponibiliza também um atendimento no pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários, inclusive um exame de ultrassonografia, encaminhamento para atendimento se houver alguma complicação durante a gravidez e vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto. (BRASIL, 2011b).

vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, além de vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; programas de qualificação aos profissionais de saúde para atender de forma segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê, quando se tratar de gravidez de alto risco e de casas de parto normal para atender as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. (CARNEIRO, 2013).

O programa pretende também incentivar o aleitamento materno; disponibilizar o Samu Cegonha ao recém-nascido que precise ser transportado emergencialmente e disseminar nas escolas, um programa educacional que facilite acesso às informações e controle a gravidez precoce, para atingir esse intento as escolas devem trabalhar com noção de direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo geral tem como propósito erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, especialmente na região amazônica e no nordeste do país. Essa proposta partiu do governo federal, mas cabe aos estados e municípios dentro de suas competências promoverem a sua aplicação e ampararem os mais de dois milhões de gestantes atendidas pelo SUS. (BRASIL, 2011b).

Com a implantação deste novo programa, estabelecida no campo do Sistema Único de Saúde, busca constituir uma rede de cuidados garantindo a integralidade da atenção às mulheres e o direito ao planejamento familiar, proporcionando atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e ao abortamento, assegurando também à criança o direito do nascimento digno e humanizado, resultando ao acesso á saúde para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto no decorrer dessa pesquisa é possível dizer que o profissional de enfermagem exerce um papel de extrema relevância na humanização da assistência ao pré-parto, por meio da inserção do enfermeiro obstetra na assistência. Tendo em vista que a admissão de um profissional não médico na assistência a gestante proporciona autonomia para dar seguimento ao trabalho de parto fora dos centros cirúrgicos, assegurando no ambiente hospitalar e o acolhimento de um lugar domiciliar, empregando-se medidas alternativas, não invasivas e sem utilizações medicamentosas.

O certo é que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiro(a)s necessitam modificar suas atitudes perante a assistência prestada, valorizando as necessidades da parturiente e seus familiares, a fim de resgatar o vínculo de afetividade entre a equipe e os pacientes, distinguindo o parto como experiência ímpar e típica para cada mulher e, sendo assim, especial e com distintos sentimentos e carências. Logo, é de fundamental importância que o profissional tenha uma visão particular de cada cliente. E, por conseguinte, nada mais justo que a mulher tenha sua autonomia e seus direitos garantidos durante a concepção de seu filho, restando claro que o processo do parto é inerente a ela, seu filho e seus familiares.

Conquanto, humanizar a assistência ao parto e nascimento pelas condições culturais e socioeconômicas do país ainda seja uma quimera, mas acredita-se que, tendo boa vontade dos profissionais, essa ideia possa ser aceita efetivamente nas equipes de saúde, permitindo uma assistência à parturiente e ao neonato de forma mais amável, de tal sorte que se respeitem os valores éticos da profissão e os direitos e valores morais e culturais de cada paciente.

Todavia, embora a gestação evolua, mormente normalmente, sem riscos para a parturiente e a criança, o que se vislumbra na grande parte das maternidades e hospitais é um número cada vez mais alto de intervenções cirúrgicas inapropriadas, desnecessárias e dolorosas. O parto cesárea, tornou-se largamente rentável para os hospitais e profissionais de saúde; sendo assim, em muitos procedimentos, esse método cirúrgico já virou rotina, contribuindo para a banalização do seu procedimento, produzindo a impressão de uma cirurgia simples e desprovida de nenhuma complicação, o que não é correto afirmar.

REFERENCIAS

- ACKE, J. I. B., et al. As Parteiras e o Cuidado com o Nascimento. **Revista Brasileira Enfermagem** 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.
- ALMEIDA, N. A. M., et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.13, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a09.pdf>>. Acesso em: 2 de jun. 2015.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org). **Psicologia da Saúde**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- _____. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- ARAÚJO, Adriana T.; REIS, Luciane de A. **Enfermagem Na Prática Materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BALASKAS, J. **Porto ativo** - guia prático para o parto natural. 3 ed., São Paulo: Ground, 2000.
- BALLONE G. J. **Humanização do Atendimento em Saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- BEATRIZ VELHO, Manuela. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 458-66.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2006.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de parto cesáreo**. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saud_e2fase.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- _____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização Hospitalar**. 2011a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- _____. Ministério da saúde. **Brasil garante pré-natal a mais gestantes**. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gestantes>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011b**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

Acesso em: 23 de jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. PORTARIA nº 2.816, de 29 de maio de 1998. **Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p. 48

_____. PORTARIA nº 985, de 05 de agosto de 1999. **Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999.

_____. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 02 set. 2015.

BRUGGEMANN, O. M., PARPINELLI, M. A., OSIS, M. J. D. **Evidências sobre o Suporte Durante o Trabalho de Parto/Parto**: Uma Revisão da Literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

CÂMARA MFB, MEDEIROS M, BARBOSA MA. **Fatores socioculturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios de assistência de enfermagem**. 2004. Disponível em: <<http://www.pemp\cesariana.htm>>. Acesso em: 30 set. 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface**....Botucatu), v. 17, n. 44, p. 49-59, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

CARVALHO, D.S; NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004; v. 20 n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>. Acesso em: 10 de jun 2015.

CECCATO, S. R; NADER Sand, I. C. P. O cuidado humano com principio da assistência de enfermagem a parturiente e seus familiares. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. V. 3, N. 1, P. 1-17. 2001.

COELHO, E. A. C.; et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: limites da Prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13 n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21> Acesso em: 03 fev. 2015.

COUTINHO, T., et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. RBGO**. v. 25, nº 10, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009> Acesso em: 2 de jun. 2015.

CRIZÓSTOMO, C. D., NERY, I. S., LUZ, M. H. B. **A Vivência de Mulheres no Parto Domiciliar e Hospitalar**. Escola Anna Nery R Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>. Acesso em: 16 out. 2014.

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**. V. 10, N. 3, P. 699-705. 2001.

DOMINGUES, R. M. S. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28 n.3, 2012. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ESPÍRITO SANTO LC, Berni NJO. Enfermagem em obstetrícia. *In*: FREITAS F, Costa SHM, RAMOS JGL, MAGALHÃES JA, C. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FONTANA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde**: contribuições teóricas. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
FREITAS, Fernando [et al]. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GAÍVA MAM, TAVARES CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Rev. Gaúcha Enferm**, jan; 23(1), p. 132-45, 2002.

GARCIA, Ester. **Marketing na saúde: humanismo e lucratividade**. Goiânia: AB, 2005.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, Dirce D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; v.15 n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1>>acesso em: 10 jun. 2015.

JAKOBI HR. **Parto natural e humanizado**. 2004. Disponível em: <www.partonaturahumanizado.htm>. Acesso em: 28 agos. 2015.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa, Editorial Presença, 1978.

KNAUTH, D. R., COUTO, M. T., FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; v. 17 n.10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>. Acesso em: 02 mar 2015.

MACHADO, N. X.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Escola Enfermagem da USP**. v.40, n.2, p. 274-279. 2006.

MARQUE, Flavia C.; DIAS, Ieda Maria V.; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm 2006 DEZ; 10**, p: 439 - 47. <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

MELLO, Adriana de Lima. **Fisiologia do Parto. 2012**. Disponível em: <<http://www.gvinculo.com.br/2013/04/fisiologia-do-parto.html>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

MOURA, F. M. J. S. P. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 4, p. 452-455. 2007.

NASCIMENTO, K. C. [et al]. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-397, 2006.

PESSINI, L., BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 3. ed. atual e ampl. São Paulo: Rêspel, 2005.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

RATTNER Douglas. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas pública.** Interface comun saúde educ. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500027&script=sci_arttext. Acesso em: 25 agos. 2015.

REIS, A. E., PATRÍCIO, A. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciencias da Saude Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, set/dez. 2005.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea, 2009.

RONDÔNIA. **Direitos e Deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde.** Governo do Estado de Rondônia. Secretaria do Estado de Saúde, 2008.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SP). **Parto natural.** São Paulo/SP, 2011.

SANTOS, Gilmara S. **A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto.** 2012. Disponível em: http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=328. Acesso em: 28 agos. 2015.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 582-588, jul/set. 2009.

SERRUYA, S. J; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v.04, n.3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SIMÕES SMF, CONCEIÇÃO RMO. Parto humanizado: significado para a mulher. **Rev Enferm. Brasil** 2005 jan/fev, p, 36-42.

SILVA, S. F [et al]. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2011. p. 69-85.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser social., Brasília,** v.10, n. 22, 2008. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17/18 Acesso em 03 fev. 2015.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PRADO, M.L. **Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005.

TOMERELI, K. R. [et al]. Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 28, n. 4, p. 497-504. 2007.

TORNQUIST, S. C. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** Cad. de Saúde Pública. v. 19, n. 2, p. 419-427. 2003.

VIEGAS, Drauzio. Humanização Hospitalar. *In.* VIEGAS DRAUZIO. (org). Brinquedoteca Hospitalar: **isto é humanização.** Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007.