

FACULDADE CIDADE DE JOÃO PINHEIRO
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VANDERLÉIA JOSÉ BORGES RIBEIRO

**DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NO PARTO.**

JOÃO PINHEIRO-MG

2018

VANDERLÉIA JOSÉ BORGES RIBEIRO

DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO.

Trabalho realizado para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso como parte de avaliação do 10º período do curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de TCC 2.

Profª. Dra Maria Celia

Orientadora: Enf. Esp. Livia Maria Moreira de Andrade

JOÃO PINHEIRO-MG

2018

VANDERLÉIA JOSÉ BORGES RIBEIRO

DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO.

Artigo apresentado a faculdade cidade de João Pinheiro, para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: _____

Prof(a). Esp. Livia Maria Moreira de Andrade
Faculdade de João Pinheiro

Examinadora: _____

Prof(a). Esp. Eliana da Conceição Martins Vinha
Faculdade Cidade de João Pinheiro

Examinador: _____

Prof. Ruan Romis de Oliveira
Faculdade Cidade de João Pinheiro

Agradeço à Deus, que sem ele nada teria sido possível.

Agradeço aos meus pais, pela confiança em mim depositada e que me proporcionou formação pessoal e profissional sempre me incentivando.

Ao meu marido, que acompanhou meus passos diante das adversidades.

Aos irmãos pelo incentivo, amizade, apoio.

Aos amigos por sempre acreditarem em meu sucesso, amizade, apoio.

À minha orientadora, ampliando meu conhecimento para finalizar este trabalho.

Aos que em mim confiaram e nunca duvidaram da minha conquista, o meu muito obrigada.

Dedico este trabalho á minha mãe, meu maior incentivo e á minha filha, meu motivo de chegar até o fim.

DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO.

Vanderleia Jose Borges Ribeiro¹
Lívia Maria de Andrade²

RESUMO: Este artigo tem como objetivo analisar o modelo vigente de assistência ao parto, bem como as dificuldades de implementar as políticas públicas voltadas para o parto humanizado e a contribuição da enfermagem para que esse cuidado humanizado não seja somente um sonho. Pretende-se também saber se essa diferença na forma de cuidar afeta a vida dessas novas mães e seus bebês e o que deve ser feito para melhoria da assistência. Para tal, fez-se pesquisa em artigos científicos com os descritores: parto humanizado, políticas públicas voltadas para saúde da mulher, enfermagem obstétrica. A humanização no parto tem se mostrado um grande desafio para as maternidades e os profissionais, pois são várias dificuldades para seguir com um plano de humanização, contudo temos várias políticas públicas que apoiam e incentivam o parto humanizado. E não resta dúvida que a humanização da assistência é potencialmente possível quando se tem a atuação do enfermeiro em especial enfermeiro obstetra, que vai prestar uma assistência integral de enfermagem, além de ter a valorização da profissão.

PALAVRAS CHAVE: Gestação.Puerpério.Enfermagem.Parto.Humanização

ABSTRACT: This article has as objective analyze the effective model of attendance to the childbirth, as well as the difficulties of implementing the public politics gone back to the humanized childbirth and the contribution of the nursing so that that humanized care is not only a dream. It is also intended to know that difference in the form of taking care affects those new mothers' life and their babies and him/it as the society is involved and informed on the subject in addition you/he/she should be done for improvement of the attendance. For this, research was done in ancient scientific with the descriptors: humanized childbirth, politics publish returned for the woman's health, obstetric nursing. The humanization in the childbirth has if shown a great challenge for the maternities and the professionals, because they are several difficulties to proceed with a humanization plan, however we have several public politics that support and they motivate the humanized childbirth. And it doesn't remain doubt that the humanization of the attendance is potentially possible when the nurse's performance is especially had nurse obstetrician, that will render an integral attendance of nursing, besides having the valorization of the profession.

¹ Acadêmica de enfermagem: e-mail:vanderleiaborges115@gmail.com

² Enfermeira graduada pela Faculdade Cidade de João Pinheiro, Especialista em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais em 2015 e Terapia Intensiva em 2009 pela Faculdade São Camilo em Belo Horizonte. Professora, Orientadora da Faculdade Cidade de João Pinheiro -FCJP. E-mail: livinhacurvelo@yahoo.com.br

Keywords: gestation. puerperal. nursing. childbirth. humanization

1- INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende estudar a humanização no parto normal dentro do atendimento de enfermagem, como isso afeta a vida dessas novas mães e seus bebês, e o que deve ser feito para a melhora desse atendimento, como a enfermagem e o SUS têm se envolvido com a humanização na assistência do parto normal.

A humanização no momento do parto se caracteriza por aproximar a relação entre profissional e paciente, e até incluir os familiares nesse atendimento, para proporcionar ambiente, preparar física e emocionalmente a paciente. É proporcionar segurança e bem-estar, atendimento adequado à mulher, respeitar seus limites e valores.

A Organização Mundial de Saúde – OMS argumenta que o parto humanizado tem início no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, considerando as necessidades da mulher na admissão e no parto; devem-se respeitar suas individualidades e desejos; durante o trabalho de parto dar liberdade de escolher a posição mais apropriada e agradável para parir, monitorar seu estado e do bebê e, após o parto, prestar os cuidados à puérpera e ao bebê (ENNING, 2000)

O parto era um evento familiar e fisiológico, com o avanço da ciência e saúde, as intervenções se tornaram cada vez mais comuns, trazendo o sentimento de impotência, e incapacidade de dar à luz à parturiente. As intervenções também podem ser traumáticas, às vezes até imprudentes, ao se antecipar um parto sem as devidas indicações (ALMEIDA, N. A. M. de et al. 2005, p. 355 - 359).

O tema tem grande efeito popular, pois o humanizar está em como tratar as pessoas com humanidade. E em um momento tão particular e importante como o nascimento de um filho, a necessidade de um atendimento diferenciado é ainda maior. Portanto, a necessidade de falar desse tema é muito grande e relevante à sociedade em geral e ao meio da saúde, para os profissionais se conscientizarem da importância desse ato.

Para o presente estudo, de maneira ampla, pretende-se como objetivo geral fazer uma análise quanto a humanização do parto, as perspectivas que levam à mudança para a retirada do médico do centro do parto, repassando o protagonismo a mulher, se é eficiente dentro do contexto da área da saúde ou não.

A importância desse tema vem por experiências pessoais que trouxeram uma visão diferente sobre parto normal e como ele deve ocorrer. É um momento único e deve ser tratado

como tal. Cada mulher tem direito à escolha de como seu filho irá nascer, como será o processo e quem ela deseja ter ao lado naquele momento. Outro ponto importante é o quão impactante está se tornando a insegurança das mulheres em parir. Sem preparo adequado para a aceitação do parto normal, sem conhecimento de que seu corpo se adapta durante a gravidez para esse momento. Tudo isso desperta o interesse em mostrar o quanto é saudável o parto normal e natural.

No meio acadêmico é um assunto pouco discutido, porém têm importância, pois entra tanto na saúde da mulher quanto na da criança. Quando a mulher passa por um parto saudável, reflete diretamente na saúde da criança ao longo de sua vida. Através do questionamento apresentado na problematização, pode-se discorrer do assunto e aprofundar no que realmente cabe ao interesse do público e do pesquisador em geral. É importante falar sobre os setores envolvidos que realizam esse trabalho de humanização, e as políticas nacionais que, garantem que sejam realizadas essas estratégias, relevando a importância delas no âmbito obstétrico e no cuidado dentro da enfermagem.

Salientar que a humanização começa desde a realização de um pré-natal com acompanhamento correto, com bons resultados no nascimento é um dos pontos que esta pesquisa procurará levantar.

Delimitar quais são as ações de humanização do parto e quais representam um ganho efetivo no atendimento e na construção de uma gestação que aproxime mãe e bebê.

2- METODOLOGIA

A pesquisa foi analisada de forma bibliográfica, estruturado dentro das normas da ABNT e de acordo com as Diretrizes de Orientação para Trabalhos de Pesquisa da Faculdade Cidade e João Pinheiro. Para a elaboração deste tipo de pesquisa, é necessário a consulta de trabalhos e artigos científicos, que tragam o conteúdo abordado.

A pesquisa foi realizada em artigos científicos, que encontram na base de dados do Scielo_Brasil, no período de 2018. Os artigos científicos selecionados atenderam aos seguintes critérios de seleção: artigos relacionados a parto, puerpério, humanização, enfermagem, saúde da gestante, métodos de humanização, enfermagem obstétrica.

Foram utilizados também, livros, consulta das diretrizes no Ministério da Saúde e retirado resumos e citações para construção do artigo. Os livros citados anteriormente são DINIZ (1998); ENNING (2000); MENDES (1991); NAKANO *et al.* (2007); REZENDE (1998); SANTOS (2001); TORNQUIST (2003). Foi realizada a leitura do material e

selecionado o que era importante para a pesquisa e assim acrescentado na construção deste trabalho.

3- REVISÃO LITERÁRIA

Durante a longa caminhada do homem pelo planeta, o partear sofreu inúmeras mudanças. Talvez os primeiros partos humanos muito se assemelhassem ao dos primatas. Não havia qualquer tipo de assepsia, controle ou mesmo um procedimento a ser seguido (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Após o período de coletas, a construção das primeiras cidades, formação da vida em sociedade e surgimento das primeiras práticas médicas, tal realidade foi sendo alterada. Mais recentemente, no final do século XIX, os partos eram realizados em domicílio com a ajuda de parteiras. Nesta época, a presença de um médico só era solicitada quando houvesse algum tipo de intercorrência no parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

De maneira gradual, este panorama foi sendo modificado pela introdução de novas práticas no processo de parturição, o que trouxe ao procedimento a atuação do médico e do enfermeiro. Finda a Segunda Guerra Mundial (1939/1945), os avanços técnicos-científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação, o nascimento e mesmo o período puerperal foram transportados para as clínicas e hospitais. Os procedimentos, cada vez mais automáticos e dentro de uma metodologia de trabalho passaram a causar certa estranheza ao público. As novas concepções e diretrizes do sistema de saúde, entretanto, tornaram o atendimento mais humano, valorizando a mulher e aquele momento em particular (DIAS; DOMINGUES, 2005).

É no final da década de 1980 que os movimentos pela humanização do parto começam a propor uma mudança de paradigmas quanto aos procedimentos de saúde da mulher gestante no Brasil, sempre se pautando em dois princípios: a) a medicalização; e b) na intervenção (REZENDE, 1998).

As mudanças ocorridas no cenário nacional foram um desdobramento de publicações da OMS (1985) que reivindicavam e acenavam para o uso de práticas humanizadas por intermédio da medicina com base em evidências. Naquele momento, recomendou-se o uso de tecnologias condizentes com a condição das gestantes, ao parto e nascimento, o que modificou as rotinas hospitalares e trouxe nova atuação aos enfermeiros obstétricos no parto normal (REZENDE, 1998).

O acompanhamento da gestante passou a ser feito de modo a priorizar não apenas o parto em si, mas toda a condição que integrava a realidade da mulher. Hoje, há palestras, salas de debate e acolhimento, centros de promoção e integração, uma gama de estruturas que possibilitam o amparo das futuras mães e um parto mais humano (REZENDE, 1998).

Humanizar a assistência da natalidade implica que mudanças deverão ocorrer na rotina hospitalar no intuito de tornar o momento o menos mediatizado que se puder. Isto se consegue por meio do uso das práticas assistenciais que irão garantir a integridade física e psíquica da criança, levando-se em consideração os processos de mudança na busca da homeostasia da vida fora do útero. Tal condição implica em potencializar as relações humanizadas onde o carinho e os procedimentos indispensáveis a cada criança sejam feitos. Desta forma:

[...] configura-se como um desafio às instituições e aos profissionais que assistem o recém-nascido/família mudar a concepção e as práticas predominantes, a fim de tornar o nascimento um evento familiar, incorporando ações que os considerem os principais atores envolvidos no momento do parto/nascimento (DINIZ, 1998, p. 20).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem proposto uma série de políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança, que assumem o compromisso de garantir direitos básicos às mães e seus filhos (BRASIL, 2018).

Como exemplo de política pública, tem a rede cegonha que foi lançada em 2011 e o programa tem como objetivo oferecer às gestantes que são usuárias do SUS terem um atendimento mais qualificado e humanizado, começando desde o pré-natal, até os dois anos da criança.

3.1 O pré-natal

Como se viu, os cuidados com a humanização do parto se iniciam no pré-natal com o acolhimento das pacientes, a triagem, os processos de aconselhamento e instrução do processo gestacional e do período puerperal (ENNING, 2000).

Um bom pré-natal não é aquele com o maior número de consultas, mas sim o que dispõe a paciente o maior número de orientações positivas para uma boa gestação e continuidade da gravidez. É pautado em ações clínicas, de apoio psicológico e físico, de aconselhamento familiar, de conversa com o pai, é um trabalho extenso e completo, o qual transmite tranquilidade a gestante (REZENDE, 1998).

O programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tem por meta assegurar o melhor acesso, cobertura e qualidade para a gestante no pré-natal, estendendo suas diretrizes e ações até o período puerperal quando necessário e mesmo aos recém-nascidos – dentro de uma visão de garantia de direitos e acesso a cidadania (BRASIL, 2018).

O enfermeiro obstetra, com habilitação legal, capacitação necessária e disponibilidade, deve ser universalmente incluído para realizar a atenção pré-natal de baixo risco nas UBS e PSF, pois são enfermeiros treinados para tratar pessoas saudáveis (ou que se sentem saudáveis – característica da maioria das gestantes) e acompanhá-las no processo de evolução da gravidez. Além disso, o enfermeiro com conhecimento específico das modificações gravídicas está capacitado para diferenciar o normal e o patológico. O treinamento para o cuidado preventivo e de promoção de saúde – missão do nível primário de atenção à saúde, diferente da atuação do médico, que é treinado para identificar e tratar doenças – torna este profissional essencial na atividade de pré-natal normal. Reforça esta afirmação a implementação da assistência ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra, já disseminado em nosso meio.(GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010).

O estabelecimento de grupos de apoio, onde diferentes profissionais das equipes interdisciplinares atuem, como o psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico, é de fundamental importância para que a gestante consiga ter contato com todos os profissionais responsáveis pela humanização do parto. O objetivo dos grupos é apoiar a mulher e repassar as informações necessárias à sua segurança psíquica e emocional (NAKANO *et al.* 2007).

Os grupos de apoio normalmente abordam:

[...] aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto (NAKANO *et al.* 2007, p. 32).

O comprometimento da mulher surge a partir do momento em que ela tem um acesso adequado ao serviço pré-natal, em que as propostas do programa são informadas, enfim, em que ela se sente integrada e responsável pelo cuidado. Esses elementos contribuem para humanização na atenção obstétrica, porém isso está longe de ser alcançado, visto que o atendimento a gestantes continua sendo executado de forma fragmentada, impessoal e sem diálogo pela maioria das equipes de saúde. Logo, a reversão desse quadro deve ocorrer com a

sistematização do atendimento pré-natal, tendo a humanização como real direcionador do atendimento e a atenção sendo focalizada nas mulheres mais vulneráveis.(MARTINELLI, et al,2013)

3.2- A humanização do parto e a atividade do enfermeiro

Dentro da visão previamente apresentada, o primeiro contato da gestante com os profissionais da saúde deve se basear em ações de acolhimento e atenção às demandas de saúde, o que, por certo, contribuirá para a humanização do tratamento e sua melhor qualidade. O enfermeiro deverá esclarecer a rotina e os procedimentos que serão adotados daquele momento em diante de modo a trazer confiança à mulher e tranquilizá-la quanto à gestação e ao parto (NAKANO, *et. al.* 2007).

Para a OMS, há um rol expositivo dos procedimentos que deverão ser adotados pelos profissionais da saúde para dispor as mulheres uma assistência obstétrica e um parto humanizado, no qual se incluem: a) respeito a vontade da mulher em ser acompanhada, por uma pessoa de sua escolha, durante o trabalho de parto e no parto; b) monitoramento do bem-estar físico e psíquico da mulher durante toda a gestação e o período puerperal; c) ter sempre em consideração as interpelações feitas pela paciente, no sentido de esclarecer do melhor modo todos os procedimentos a serem cumpridos; d) possibilitar a mulher os meios para que ela caminhe durante a dilatação e adote uma posição confortável no momento da expulsão; e) prescrever métodos de alívio da dor no transcurso do trabalho de parto como massagens, técnicas de relaxamento e banhos mornos; f) permitir e promover o contato pele a pele entre mãe e bebê e o imediato aleitamento pós-parto; g) dispor de meios para monitorar a evolução da gestação; f) dispor de meios para monitorar a evolução do parto pelo partograma, oferecer alojamento conjunto no pós-parto e estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2018).

É ainda recomendação da OMS que os procedimentos que os procedimentos tidos como danosos à saúde da mulher sejam evitados. Ex.: a) tricotomias; b) enemas; c) cateterismos venosos; d) jejum; e) ruptura precoce das membranas; f) monitorização eletrônica fetal.

Frisa-se, a humanização não é um mero cumprimento de normas ou regras, ela é um sistema de integração da paciente ao ambiente hospitalar. É um método de diminuir os desgastes do período gestacional, do parto e do período puerpério (BRASIL, 2018).

A humanização do parto é um reconhecimento da importância da mulher e da criança. A ideia é que a própria paciente controle o procedimento, seja a protagonista, retirando da

figura do médico tal prerrogativa. Confere a mulher confiança e segurança durante o parto e no cuidado do recém-nascido. No contexto, a experiência de um parto humanizado traz autoconfiança para a mãe, a qual se sente capaz em desempenhar seu papel de mãe. Tal experiência estimula a conscientização de que a vida agora mudou e os interesses e estilo de vida da mulher agora estão unidos ao da criança, o que fortalece o vínculo afetivo e, conseqüentemente, fortalece a própria mulher quando da admissão da mulher acolhida, deve-se agir de modo a respeitar sua privacidade. A escolha do acompanhante é faculdade da mulher. Não precisa ser necessariamente o pai, será a pessoa por ela escolhida (NAKANO, *et. al.* 2007).

No trabalho de parto, algumas medidas podem amenizar o procedimento. Pode-se oferecer líquidos via oral, suporte emocional, transmitir à mulher informações sobre seu estado, incentivando-a a manter uma posição confortável, mas que ao mesmo tempo facilite o parto. A dor, deverá ser controlada por meios não farmacológicos – de preferência. Como se descreveu acima, massagens, banhos mornos, técnicas de relaxamento, tudo auxilia (REZENDE, 1998).

A autonomia da mulher é indispensável, peça e eixo fundamental. Deve ser percebida pelos profissionais envolvidos em seu acolhimento, os quais devem compreender o estado gravídico como um evento fisiológico e natural, por isto mesmo, devendo ser acompanhado de maneira que prime pela não intervenção (MENDES, 1991).

3.3- O enfermeiro no parto humanizado

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde elaborou um conjunto de diretrizes e medidas que deu legitimidade e favoreceu a inserção do profissional de enfermagem na assistência do parto das instituições públicas; e deu condições para que os enfermeiros, uma vez instalados dentro da área obstétrica, pudessem promover a implementação e desenvolvimento das práticas humanizadas, algo que não era visualizado anteriormente, inclusive, nem havia quadros especializados em disponibilizar tal assistência (BRASIL, 2018).

Para os especialistas:

Existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na

obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto (MENDES, 1991, p. 84).

Uma vez incorporado as práticas e métodos obstétrico alinhadas ao movimento de humanização dos procedimentos, o enfermeiro obstétrico foi alçado ao posto de gestor público como o profissional autorizado e reconhecido por planejar e implementar as ações e medidas necessárias a efetiva aplicação desta política (DINIZ, 1998).

O COFEN, através da Resolução nº 223, 1999, dispõe, em seu artigo 3, sobre responsabilidade do enfermeiro obstetra: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta. (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010).

É dever do enfermeiro conhecer a realidade de cada mulher, pois, de posse dos dados pertinentes, poderá o profissional estabelecer um elo de confiança com a paciente, o que lhe possibilitará traçar qual serão as medidas a serem seguidas no pré-natal, quais atividades devem ser desenvolvidas e quais questões deverão ser enfrentadas para auxiliar a futura mãe (ENNING, 2000).

Esta triagem de informações permite que as ações da equipe sejam voltadas e direcionadas para cada gestante. Na realização destes procedimentos, deve o enfermeiro certificar-se de que a mulher compreende todo o conteúdo das ações, pois, somente assim, conseguirá alcançar os objetivos do programa de acolhimento e humanização (ENNING, 2000).

3.4- Visão dos profissionais da saúde

Como se viu, os cuidados com a humanização do parto se iniciam no pré-natal com o acolhimento das pacientes, a triagem, os processos de aconselhamento e instrução do processo gestacional e do período puerperal (ENNING, 2000).

As propostas de humanização do parto recuperam algumas técnicas que foram abandonadas no período de medicalização dos procedimentos, em especial aquelas que diminuem a dor da mulher (REZENDE, 1998).

As principais feições da humanização se resumem no ato de bem tratar a mulher, compreender sua posição de destaque no parto agir de maneira a atender as expectativas da futura mãe. Portanto, quando a humanização ocorre de fato, o enfermeiro deixa de visualizar a gestante e seu corpo como um instrumento de trabalho, mas passa a compreendê-la como pessoa humana, a qual requer atenção e cuidados (MENDEZ, 1991).

Por isto mesmo, a humanização do parto deve ser acompanhada pela modificação, não apenas de mentalidade dos profissionais da saúde envolvidos, mas também da rotina do hospital e de sua estrutura física, a qual deverá ser adaptada ao acolhimento da gestante (DINIZ, 2008).

No momento do parto, a mulher começa a se preocupar em controlar suas emoções, ter forças, conter a dor, é um misto de sentimentos e emoções. O acompanhante pode auxiliar neste momento – por isto a importância ser feita pela mulher. Contudo, o enfermeiro poderá auxiliar desempenhando seu papel com compromisso e ética, fortalecendo a mulher com palavras de apoio, a deixando confortável com a situação (REZENDE, 1998).

Na literatura especializada:

A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do conceito, tentando não utilizar métodos invasivos. Esse modelo de assistência é mais afeito às enfermeiras que atuam dentro de uma visão mais humana e holística (NAKANO *et al.* 2007, p. 32).

3.5- Benefícios do parto normal humanizado

O parto normal deve ser sempre a primeira opção por trazer benefícios para a mulher e o bebê. São várias as vantagens da escolha de um parto normal, tanto para o bebê, quanto para a mãe na qual incluem:

Vantagens para a mulher: Favorece uma recuperação mais rápida e sem dores após o parto; permite a interação plena com o bebê, desde o primeiro minuto do seu nascimento, favorecendo a criação do vínculo; reduz a probabilidade de repasse de drogas para o bebê, pois, geralmente, a mulher não recebe medicamentos no parto normal; a mulher não precisa ser submetida a procedimentos desnecessários e não terá cicatrizes. Vantagens para o bebê: Ao passar pelo canal vaginal: O tórax é comprimido, favorecendo a expulsão do líquido amniótico dos pulmões; acelera a maturidade pulmonar e previne problemas respiratórios;

melhora o sistema neurológico; fortalece o sistema imunológico; o bebê nasce mais ativo e tem mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda, além disso, ao passar pelo canal vaginal, a flora bacteriana da mãe passa para o bebê, ajudando-o a formar sua própria flora intestinal (microbiota). Essa microbiota da criança, formada a partir da passagem no canal de parto, previne, no futuro: em 20% o aparecimento de diabetes tipo I (melhoria do sistema metabólico); em 16% o aparecimento de asma; e o aparecimento de alergias e doenças autoimunes (melhoria do sistema imunológico)(UNICEF,2017)

A humanização do parto é um reconhecimento da importância da mulher e da criança. A ideia é que a própria paciente controle o procedimento, seja a protagonista, retirando da figura do médico tal prerrogativa. Confere a mulher confiança e segurança durante o parto e no cuidado do recém-nascido. No contexto, a experiência de um parto humanizado traz autoconfiança para a mãe, a qual se sente capaz em desempenhar seu papel de mãe. Tal experiência estimula a conscientização de que a vida agora mudou e os interesses e estilo de vida da mulher agora estão unidos ao da criança, o que fortalece o vínculo afetivo e, conseqüentemente, fortalece a própria mulher (NAKANO, *et. al.* 2007).

3.6- Política Nacional de Humanização

O Programa Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo contribuir para a transformação dos sistemas arcaicos de gestão e suporte da saúde, estimulando as atividades de coparceira nos processos de trabalho, sempre oportunizando o melhor atendimento aos usuários do sistema público de saúde. Uma vez ultrapassado o simples atendimento e o encaminhamento necessário, tais processos irão se situar na integralização do atendimento, no bem-estar dos usuários, no respeito a sua dignidade (BRASIL, 2018).

Neste panorama, são princípios norteadoras da PNH: a) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; b) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde; c) estímulo dos processos de educação permanente; d) construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde; e) co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; f) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; g) fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça e de orientação sexual (BRASIL, 2018).

Mesmo que as medidas tenham natureza filantrópica, não devem ser banalizadas. Participar efetivamente das políticas de humanização não é uma opção do profissional da área médica, é um dever inerente a sua função. É o esgotamento completo de duas ações dentro da sua esfera de atuação. É agir dentro daquilo que se espera de um profissional competente, comprometido, certo do seu papel social (NAKANO *et al.* 2007).

Por isso, supõe-se que mesmo havendo resistência à implantação dos procedimentos de humanização por questões diversas como localidade, cultura da população assistida, divergência de opiniões, diferenças econômicas e/ou social, tudo deve ser minimizado em prol das condutas educativas que possibilitem a mulher uma gravidez plena (NAKANO *et al.* 2007).

3.7- O parto humanizado, limites da implantação e procedimentos.

Deslocar o médico do protagonismo no parto talvez seja um dos desafios para a implantação do parto humanizado. A literatura especializada preconiza:

Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adequam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência (DIAS, 1998, p.77).

Em outra exposição:

A humanização não é compreendida pelos diferentes atores sociais envolvidos no debate de forma homogênea, mas se apresenta com um conteúdo amplo de procedimentos - ainda que possa girar em torno de dois conceitos, ou polos, fundamentais: aqueles da medicina perinatal baseada na evidência científica e o dos direitos das mulheres (NAKANO *et al.* 2007, p.07).

O que há em comum nestes dois polos é a crítica ao modelo hermético, técnico-clínico de assistência, o qual prevê a mulher como sujeito passivo do parto, objeto maleável pelo médico e equipe (REZENDE, 1998).

Esse modelo tecnocrático encontra um terreno fértil na cultura sexual e reprodutiva brasileira. Até certo ponto, há uma superposição, uma interação, destas duas dimensões. A cultura reprodutiva e sexual tem se caracterizado,

entre outros aspectos, por sua cirurgificação, ou seja, por seu constante recurso à "solução cirúrgica das relações de gênero". No Brasil, para viver a sexualidade e evitar filhos, o principal recurso para as mulheres é a esterilização cirúrgica; e para ter filhos, o recurso ao parto cirúrgico não encontra paralelo em nenhum outro país (DINIZ, 1998, p. 77-78).

Neste sentido, há também a visão de que a mulher é naturalmente propensa ao parto, ou seja, sendo capazes de gerar, deveriam fazê-lo por qualquer meio, independente do ônus pessoal, emocional, de saúde, das sequelas; tudo seria consequência inevitável de sua condição de gênero (BRASIL, 2018).

Este tipo de discurso, dialeticamente, também propõe que o parto normal exige das mulheres um sofrimento não mais necessário. Os métodos de auxílio ao parto, nesta visão, inclusive, serviriam para diminuir os efeitos “danosos” do procedimento natural, tais como: a) perda da libido sexual – uma vez que há lesão a integridade dos tecidos maternos; b) lacerações variadas; c) frouxidão irreversível do assoalho pélvico (REZENDE, 1998).

O modelo essencialista de medicina não resulta outra coisa senão na adequação da mulher ao procedimento que o médico julgar necessário ao parto, de conveniência dele, profissional, ou da instituição. Exemplo disto é a prática habitual de se marcar várias cesarianas no mesmo dia em hospitais de pequenas cidades onde o centro cirúrgico será especialmente preparado para aquela demanda. Faz-se então a triagem de pacientes em condições de passar pelo procedimento, marca-se o dia, faz-se a internação, o(s) médico(s) responsáveis atuam e há uma “linha de produção” de bebês, o que diminui a mãe (MENDES, 1991).

Outra linha que deve ser rompida para que os procedimentos de humanização sejam cumpridos são os procedimentos de internação e suas variáveis, o que permite que se admita mulheres precocemente, descaracterizando a assistência individual do modelo humanizado (NAKANO *et al.* 2007).

Ademais:

Um dos maiores desafios das propostas de humanização aos serviços é aquele de compatibilizar as necessidades institucionais de produtividade e de rotinas com o desencadear fisiológico do trabalho de parto e parto. Como a assistência é organizada em uma linha de montagem, com suas respectivas estações de trabalho e tempos estabelecidos, cabe aos serviços se reorganizar para aceitar a evidência científica de que o estabelecimento de tempos rígidos para cada etapa do parto é inadequado. Isso implica em evitar o atropelamento dos tempos da dilatação com a amniotomia e a infusão de ocitocina de rotina, assim como evitar a aceleração do período expulsivo sem motivos clínicos através da manobra de Kristeller e da episiotomia (ENNING, 2000, p. 142)

3.8- Procedimentos que humanizam o parto

Por fim, há uma série de procedimentos que estimulam e concretizam o parto humanizado. A lei nº 8.069/90, por exemplo, estabelece a instalação de alojamento conjunto em todos os hospitais do país, uma recomendação da OMS. Outros procedimentos são: a) proporcionar condições para que a equipe de enfermagem promova o treinamento materno durante a hospitalização das pacientes, evitando assim o choque do primeiro dia em casa; b) remanejamento da área do berçário e aproveitamento de espaços; c) manter a mãe tranquila com relação a saúde do bebê; d) estimular o bebê a mamar o quanto puder e quiser; e) estimular e incentivar a amamentação materna; f) permitir o contato constante da mãe e do bebê; g) fortalecer os laços afetivos entre a mãe e o recém-nascido; h) tonar a amamentação mais fisiológica e natural (BRASIL, 2018).

4- CONCLUSÃO

A pesquisa apontou que, a humanização no parto tem sido um grande desafio para os que se interessam pelo assunto, mesmo existindo tantas políticas e diretrizes voltadas para este assunto. As rotinas já adotadas, o controle do médico no momento de trabalho de parto, são barreiras difíceis de serem derrubadas, mas deve começar dentro das normas hospitalares e assim serão seguidas pelos profissionais. O comodismo de procedimentos é mais aceitável que uma evolução de parto com ocorrências imprevisíveis.

O medo da mulher de parir configura outro impedimento para a realização de um parto humanizado. Este será um problema que deve ser tratado durante o pré-natal, onde o profissional de enfermagem deve orientar de forma correta a gestante, esclarecer as dúvidas, deixando claro que um parto normal e sem interferência traz inúmeros benefícios á saúde dela e ao recém-nascido. Incentivá-la a participar dos grupos de gestantes oferecidos no PS, não faltar às consultas de pré-natal, envolver a família nesse processo, ajudar na autoconfiança da mulher, mostrar que ela é capaz de passar por um trabalho de parto.

No decorrer da pesquisa mostrou-se os benefícios que a mulher alcança quando recebe esse atendimento humanizado. A mulher tem uma recuperação mais rápida e saudável, contato imediato com o bebê, não é submetida à procedimentos que podem ser constrangedores, traumatizantes e ainda sem necessidade. Para o bebê, também podemos ver muitos benefícios, como maior maturidade pulmonar que previne problemas respiratórios; melhora o sistema neurológico; fortalece o sistema imunológico; o bebê nasce mais ativo e

tem mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda, entre outros. Nesse contexto teremos uma mãe que sofre menos ao passar por um trabalho de parto, que está preparada para a maternidade desde o pré-natal e um bebê saudável com menos riscos de prematuridade e ser levado para uma UTI neonatal.

Para que tudo isso se torne realidade, para que seja possível este atendimento, é necessário o comprometimento de toda equipe envolvida, valorizar essas práticas e incorporá-las todos os dias para cada gestante que procure esse serviço. Tudo está naquilo que o profissional deseja realmente fazer e aos poucos será realizado da forma correta.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do Parto. Humanização do Pré-natal ao nascimento**. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 30 de mai. 2018.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicilio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DIAS, A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026>. Acesso em 2 abril de 2018.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina - USP, 1998.

ENNING, C. **O parto na água**: Um guia para pais e parteiros. Co-autoria e tradução: Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.

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

NAKANO *et al.* **O suporte durante o processo de parturição**: a visão do acompanhante. Acta paul. enferm. vol. 20, no.2, São Paulo, 2007.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

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

VAITSMAN; ANDRADE. **Satisfação e responsividade**: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.10, no. 3, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300017&script=sci_arttext&tlng=en> . Acesso em 26 de mai. 2018.

GARCIA, S. A. L.; GARCIA S. A. L. ,LIPPI, U. G. **A necessidade da inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede publica.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0241.pdf. Acesso em: 08 nov 2018.

MARTINELLI, G. K. et . al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha.** 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. acesso em 09 nov 2018.