



CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOICY RAFAELA DA SILVA MARQUES

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PRÉ-PARTO/PARTO/PÓS-PARTO**

**Apucarana
2017**

JOICY RAFAELA DA SILVA MARQUES

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PRÉ-PARTO/PARTO/PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Vladimir Araújo da Silva.

Apucarana
2017

JOICY RAFAELA DA SILVA MARQUES

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ- PARTO/PARTO/PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o. Dr^o. Vladimir Araújo da Silva
Faculdade de Apucarana

Prof^o. Esp. Daniela Cristina Wielesvski
Faculdade de Apucarana

Prof^o. Esp. Caroline Zanetti Segatto
Faculdade de Apucarana

Apucarana, ____ de _____ de 2017.

AGRADECIMENTOS

“Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como acadêmica, más que em todos os momentos me deu força e coragem durante toda esta longa caminhada.”

“A FAP, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.”

“Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, más a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão meus eternos agradecimentos.”

“Ao meu orientador em especial Prof. Dr Vladimir Araujo da Silva, pelo empenho dedicado a elaboração deste trabalho.”

“Agradeço a minha mãe Cassia Fernanda da Silva Marques, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço.”

“Ao meu pai, apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.”

“Meus agradecimentos aos amigos, companheiros de trabalhos, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.”

“À minha amiga Aline Telles por sua dedicação e apoio incondicional.”

“A Jonas Pedro Martins Martim, pessoa com quem amo partilhar a vida, que de forma especial, carinhosa, me deu força e coragem apoiando nos momentos de dificuldade.”

“À todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.”

*“Pensamentos demasiadamente
E sentimentos muito pouco...
Necessitamos mais de humildade
Que de máquinas;
Mais de bondade e ternura
Que de inteligência.
Sem isso,
A vida se tornará violenta e
Tudo se perderá”*

Charles Chaplin

MARQUES, Jocy Rafaela da Silva. **Humanização da assistência de enfermagem no pré-parto/parto/pós-parto**. 56p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Graduação em Enfermagem da Faculdade de Apucarana - FAP. Apucarana-Pr. 2017.

RESUMO

O presente estudo trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratória, que será realizado em uma Unidade Hospitalar Materna Infantil do Norte do PR (HPMI), e tem como objetivo identificar a humanização da assistência de enfermagem no pré-parto/parto/pós-parto, tal como evidenciar, através dos discursos, as ações desenvolvidas no processo de nascimento e os fatores que inviabilizam a implementação dessa assistência. Foram submetidas ao estudo enfermeiras da Unidade Hospitalar Materna Infantil do Norte do PR. Seguindo a concepção do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, microgravadas, transcritas. Busca-se através deste trabalho identificar os conceitos instituídos pelas enfermeiras obstétricas que atuam na atenção ao parto e nascimento sobre humanização do parto.

Palavras-chaves: Parto humanizado. Assistência de enfermagem. Saúde da mulher.

MARQUES, Joicy Rafaela da Silva. **Humanization of pre-delivery/childbirth/postpartum nursing care**. 56p. Course Completion Work (Monograph). Graduation in Nursing of the Faculty of Apucarana - FAP. Apucarana-Pr. 2017.

ABSTRACT

The present study is a qualitative study of the descriptive-exploratory type, which will be carried out in a Maternal Child Hospital Unit in the North of PR (HPMI), and aims to identify the humanization of the nursing care in the prepartum / parturition / postpartum, as evidenced by the speeches, the actions developed in the birth process and the factors that make it impossible to implement this assistance. Nurses from the Hospital Maternal Child Unit of the North of the PR were submitted to the study. Following the concept of Collective Subject Discourse, data were collected through semi-structured, microgravated, transcribed interviews. This work seeks to identify the concepts instituted by obstetrical nurses who work in the care of childbirth and birth on the humanization of childbirth.

Keywords: Humanized childbirth. Nursing care. Women's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Posição apoiada na bola.....	21
Figura 2 - Posição inclinada na cadeira.....	22
Figura 3 - Posição de cócoras.....	22
Figura 4 - Posição apoiada no acompanhante.....	23
Figura 5 - Posição deitada de lado	23
Figura 6 - Posição de gatas	24
Figura 7 - Posição inclinada para frente e com os joelhos para trás.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos.....	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1	Humanização do Parto.....	14
3.2	Dinâmica utilizada no Trabalho de Parto.....	20
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Delineamento da Pesquisa.....	26
4.2	Local.....	26
4.3	Participantes da Pesquisa.....	26
4.4	Coleta de Dados.....	26
4.5	Análise de Dados.....	27
4.6	Considerações Éticas.....	27
5	RESULTADOS.....	28
5.1	Humanizando o Pré-Parto.....	28
5.1.1	Acolhendo a Parturiente.....	28
5.1.2	Avaliando a Parturiente.....	30
5.1.3	Orientando a Parturiente	31
5.2	Humanizando o Parto.....	33
5.3	Humanizando o Pós-Parto.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	49
	APÊNDICE A – Questionário semiestruturado.....	50
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).....	51
	APÊNDICE C – Termo de autorização institucional.....	53

1 INTRODUÇÃO

O modelo tecnocrático e hegemônico no âmbito da saúde brasileira mostrou características peculiares à assistência ao parto e nascimento no país, que prevalecem no uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, desconsiderando ou contestando os desconfortos e possíveis consequências dele decorrentes. Essa hipótese contribui para o desempenho da cesárea de rotina, a violação dos direitos da mulher e a continuidade da elevada taxa de mortalidade materna, apesar das crescentes melhorias na capacidade do cuidado e na extensão do acesso aos serviços de saúde. (DINIZ, 2009; RATTNER, 2009).

Diante deste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir as práticas inapropriadas e impróprias ao parto, publicou o manual “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, como referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de promover a humanização da assistência obstétrica (BRASIL, 2000). Essa estratégia tem como propósito o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados e municípios, tanto no que diz respeito ao setor público, quanto ao setor privado. Desta forma, o PHPN evidenciou a integralidade da assistência obstétrica; possibilitou a inclusão dos direitos da mulher nas diretrizes institucionais; revisou a assistência ao trabalho de parto, articulou formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, e sugeriu a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde, oferecendo um atendimento de qualidade com o mínimo de intervenções. (NAGAHAMA, EEI; SANTIAGO, SM.,2005; SODRÉ TM, BONADIO, IC, JESUS, MCP et al.,2010).

Seguindo este pensar, a proposta dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal corresponde a um movimento formativo estimulado pelo MS/Rede Cegonha, com vistas a realizar e aquecer uma rede de “maternidades de referência” em todo o território brasileiro, que possa cooperar com a implementação e a distribuição de boas práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento; articular

espaços de qualificação na saúde materna e infantil, através da produção, introdução e conhecimento de saberes e tecnologias obstétricas e neonatais; elaborar espaços coletivos (entre maternidades e atenção básica) de reflexão, intervenção e qualificação dessas práticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), 2014).

Nessa direção, delineou-se como objetivo central, apoiar a qualificação de práticas de gestão e atenção obstétrica e neonatal, com ações junto aos serviços que integram a Rede Cegonha, norteadas pelas diretrizes da Rede Cegonha, Política de Humanização e Política de Educação Permanente, com destaque para as perspectivas de formação intervenção indicadas neste Documento; atenção obstétrica e neonatal orientadas pela humanização e pelas práticas baseadas em evidências científicas; gestão participativa/cogestão, com envolvimento de gestores(as), trabalhadores(as) e usuárias(os), assim como do controle social e da mobilização social; monitoramento e avaliação das práticas de saúde materna e infantil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), 2014).

Ressalta-se que a concepção internacional de violência no parto refere-se a qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. (VENTURI et al, 2010).

Com efeito, o desrespeito e abuso no decorrer do pré-natal e parto infringem os direitos humanos primordiais das mulheres, garantidos em documentos internacionalmente estabelecidos: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres. (FRENKEL et al, 2013).

No entanto, a humanização, preconizada pelo MS, tem como princípios para melhorar as condições do atendimento, ouvir o que a gestante relata estar sentindo, para que o tratamento seja eficaz, trazendo também a importância da participação da família; engloba um conjunto de práticas e atitudes que visem a promoção do

parto e nascimento saudáveis, e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, com a realização de procedimentos comprovadamente benéficos ao binômio mãe-filho, impedindo-se, assim, intervenções desnecessárias e o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, preservando sua privacidade e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)., 2000).

Nesse contexto, humanizar o parto é respeitar e idealizar condições para que todas as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas da parturiente sejam atendidas. (LARGURA, M.,2000). Vale destacar que a capacidade da assistência está diretamente relacionada ao domínio dos profissionais no que se refere aos conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer e, mais ainda, pretende estimular o resgate da autonomia da mulher como parte desse processo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR).,2001).

A enfermagem, por sua vez, enquanto parte complementar deste grupo de trabalhadores, tem colaborado para a implementação destas condutas no que diz respeito ao parto humanizado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR).,2001). Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade compreender a concepção das gestantes sobre parto humanizado, pois acredita-se que tal fator permitirá maior descrição acerca de suas concepções sobre o tema humanização, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência, e proporcionando maior interação com a parturiente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção de enfermeiras obstetras sobre a humanização da assistência de enfermagem no trabalho de parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das enfermeiras;
- Descrever as estratégias de humanização que utilizam no Pré-Parto/Parto/Pós-Parto.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Humanização do Parto

Há muitos anos o parto era um momento familiar e domiciliar, a gestante estava rodeada de pessoas e ambiente conhecidos, e desta forma, a mulher tinha toda liberdade de expressar seus sentimentos no âmbito do seu lar, já que estava acompanhada por familiares e pessoas de sua confiança. Estudos revelam que após a Segunda Guerra Mundial os governantes se sensibilizaram com a problemática das altas taxas de mortalidade materna e infantil, em virtude disso, o parto e o nascimento ganham um novo perfil e a mulher passa a ficar isolada em uma sala de pré-parto, com pouca ou nenhuma privacidade e longe dos familiares. “Com a evolução médica-científica objetivando diminuir os riscos de morbimortalidade materna e neonatal, o parto sofreu a institucionalização e a medicalização”. NASCIMENTO, Ana Karina Kavalcanti; SANTANA et al, 2012, p.106).

Na década de 90, surgiram várias políticas a fim de regulamentar e incentivar as práticas humanizadas na assistência e a inserção da enfermagem no campo obstétrico. Como exemplo as Portarias 2815 e 163 publicadas pelo MS que possibilitou a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos e gera o modelo de Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH. A resolução MS/COFEN- 223/99 que institui normas sobre a atuação dos enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal, tornando-a mais emancipada. (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY, 2007; BARROS; SILVA, 2004; VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; NARCHI, 2009).

Com o objetivo de proporcionar um atendimento qualificado, estabelecido nos princípios da humanização à assistência, foi criado em 2010, pelo MS, a Portaria nº 4.279/GM/MS, a Rede Cegonha. Esta deve ser realizada aos poucos, em todo país, respeitando suas peculiaridades epidemiológicas, apoiada em cinco diretrizes: Garantia do acolhimento com classificação de risco; Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia da atenção a saúde das

crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e garantia de direitos sexuais e reprodutivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)., 2010).

No intuito de colaborar na área da obstetrícia, especialmente no que diz respeito à humanização da assistência, as Portarias preconizadas pelo MS, bem como os avanços da tecnologia, ofertaram mudanças significativas, fazendo com que houvessem maiores estímulos e autonomia na área da enfermagem. (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Ainda no Brasil, a assistência à mulher no período gravídico-puerperal segue o modelo biomédico de fragmentação do ser humano, favorecendo a permanência e o acréscimo do número de procedimentos invasivos e intervencionistas no decorrer do trabalho de parto, parto e puerpério. (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY, 2007).

Nesse contexto, a humanização do parto e nascimento tem feito parte da agenda de discussões em fóruns científicos, sociais e de políticas públicas de saúde nas últimas décadas. Baseado na mobilização social dos segmentos feministas em proteção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (ÁVILA, 2003), e de um aglomerado eclético de profissionais críticos e discordantes do modelo assistencial medicalizado predominante no país. (SCHIRMER, 2000; DESLANDES, 2005).

Ressalta-se que o MS estabeleceu políticas e programas apontados para a humanização do parto e nascimento, a partir de 2000. (DINIZ, 2005; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Nessa perspectiva, a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), lançada na década de 80, mostra como um de seus interesses a pretensão de ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)., 2007).

No ano de 2000, o MS instaurou o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPNN), que objetiva ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, humanizar a assistência, assegurar a qualidade da assistência, estimular o parto vaginal e, deste modo, diminuir os coeficientes de mortalidade materna no país. Este programa repassa incentivos financeiros a municípios e maternidades que ofertam, em sua rede de serviços, assistência sistematizada em protocolos, e qualidade no pré-natal, parto e puerpério. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)., 2000).

No ano de 2003, destacou-se a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS constitui ferramenta para qualificar as práticas de saúde. (STEFANINI, 2003). No que tange à concepção de parto humanizado, é ampla, polissêmica e pode ser

analisada em diversas dimensões e de formas complementares entre si. (BENEVIDES; PASSOS, 2005; DINIZ, 2005).

Logo, a atenção qualificada e humanizada contempla a realização de condutas acolhedoras sem intervenções desnecessárias e pela integração e continuidade da atenção desde o nível ambulatorial até o hospitalar. A humanização no atendimento refere-se ao acolhimento da mulher, do seu companheiro e do recém-nascido na instituição de saúde desde o pré-natal ao puerpério; e a adoção de valores de autonomia e protagonismos dos sujeitos, mãe e recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)., 2005).

Internacionalmente, são preconizadas algumas condutas na assistência obstétrica, salientando-se os direitos das mulheres para um parto humanizado. Entre as condutas adotadas estão:

- Acatar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha no decorrer do trabalho de parto e no parto;
- Acompanhar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento;
- Responder às informações e explicações solicitadas;
- Permitir que a mulher deambule durante o período de dilatação e escolha a posição que desejar no momento da expulsão;
- Instruir e disponibilizar métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como: massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- Permitir o contato pele a pele entre a mãe e o bebê e o início do aleitamento, consecutivamente após o nascimento;
- Com relação específica aos serviços: possuir normas de procedimentos e acompanhar a evolução do parto pelo partograma¹, ofertar alojamento conjunto e incentivar o aleitamento materno. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

No que tange à assistência à saúde da mulher, é consenso entre os profissionais de saúde que o cuidado humanizado se faz através do respeito ao momento por ela vivenciado, pela escuta de suas necessidades e pela conservação de sua autonomia durante a gestação, o parto e o puerpério. (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

¹ Partograma. é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que no decorrer do parto e do puerpério, esse contexto adquire significado especial, diante da dor física, da insegurança, das dúvidas emergentes e da fragilidade emocional. No entanto, a puérpera também pode experimentar alegria e diversas outras sensações, decorrentes de expressões subjetivas e externas, a exemplo do seu relacionamento com a sua família e a equipe de saúde. Portanto, a qualidade do acolhimento, o vínculo, a confiança e o relacionamento entre usuárias e profissionais da saúde são fundamentais para a humanização do cuidado durante este período. (QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003).

Seguindo este pensar, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. (BRASIL, 2002).

O segundo aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido. (BRASIL, 2002).

Em razão das diversas conotações atribuídas ao termo assistência humanizada (DESLANDES, 2005; CASTRO; CLAPIS, 2005), um estudo sugere a mudança deste termo para: assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente, com o intuito de enfatizar a valorização da individualidade do ser humano, considerando-o um ser único com sua subjetividade e complexidade, inserido num contexto de vida e com valores sociais, culturais e morais além dos componentes técnicos e instrumentais. (MACHADO; PRAÇA, 2009).

Neste contexto o respeito ao paciente é elemento primordial no cuidado humanizado. É necessário que as mulheres sejam ouvidas atentamente para a elaboração de um plano de cuidados que preserve seus valores individuais e sua história familiar (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005), oferecendo um cuidado de forma integral e humanizada respeitando os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. (BARBOSA; SILVA, 2007; ROSAS, 2002).

Todavia, estudos têm demonstrado a continuidade do processo tecnicista em algumas instituições e conseqüentemente as ações preconizadas pelo PHPN não são cumpridas; também fica evidenciada a insatisfação das usuárias com o

atendimento recebido pelas instituições de saúde, na atenção primária e hospitalar. (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005; PARADA; TONETE, 2008; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Um estudo de revisão bibliográfica mostrou que, no Brasil, o amparo à mulher no ciclo gravídico-puerperal está ancorado no modelo biomédico de atenção, comprovado pelo elevado número de procedimentos invasivos e intervencionistas desnecessários ao parto. (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY, 2007).

Em contrapartida, algumas instituições estão conseguindo se adaptar a este novo modelo de assistência e os profissionais têm incorporado e desenvolvido iniciativas que contribuem para a implantação da assistência humanizada. (MACHADO; PRAÇA, 2006; BRÜGGEMAN; OSIS; PARPINELLI, 2007; ARONE; CUNHA, 2007).

Vale lembrar que um parto humanizado não é simplesmente aquele que não utiliza práticas desnecessárias. Para que este se desenvolva realmente, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando expressivamente das decisões que envolvem o seu atendimento. Quando não se respeitam os direitos e as vontades da mulher, a assistência deixa de ser humanizada. (MARQUE et al, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008).

Este aspecto encontra-se baseado na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal brasileira, onde é certificado o dever dos serviços e profissionais de saúde de amparar com dignidade a mulher e o recém-nascido, destacando-os como sujeitos de direitos. (BRASIL, 2005). Logo, instituições de saúde e trabalhadores devem adaptar-se a esse novo paradigma de assistência para proporcionar humanização ao parto. Mas, para isso acontecer, é necessário realizar mudanças nos órgãos formadores, na infraestrutura hospitalar e nas condições de trabalho. (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Entende-se que os trabalhadores da saúde são muito importantes na implementação do parto humanizado, pois são mediadores desse processo. No entanto, é primordial o seu envolvimento para tornar o parto o mais natural possível (REIS; PATRÍCIO, 2005). Com efeito, a humanização da assistência ao parto está ligada, em grande parte, à convivência do trabalhador de saúde com a mulher e seus familiares. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Nessa concepção, o processo de trabalho de enfermagem, voltado à estimulação ao parto normal, terá que ser realizado através de diferentes atividades

educativas com a mãe e familiares, de forma clara e sucinta, promovendo espaço de discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que auxiliem a troca de experiências para que as mesmas consigam abordar suas dúvidas e salientar seus medos e anseios. (BRASIL, 2012).

Além disso, o enfermeiro como membro da equipe deverá desenvolver ações com o intuito de proporcionar à parturiente, assistência de qualidade por meio do acolhimento e da classificação de risco, adoção de medidas de conforto e alívio da dor, garantindo e defendendo os direitos das mulheres e apoiando a família. (ANDERS et al, 2013).

Considerando que o processo educativo constitui uma peça chave para o seguimento de todas as práticas mencionadas anteriormente, e que o enfermeiro estará presente em todas as etapas (pré-natal, parto e puerpério), suas ações educativas devem possibilitar à mulher, o protagonismo no parto e, conseqüentemente, reduzindo os riscos de morbimortalidade materna e neonatal. (PRADO; HEIDEMANN; REIBNITZ, 2013).

É importante destacar que, embora enfatiza-se a humanização no parto, a mesma importância não é dada às demais etapas do processo de nascimento. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal, a preparação para maternidade e paternidade, a aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento (compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto). (DINIZ, 2001; SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004).

Apesar da relevância desse cuidado, na prática, os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada. A atenção à saúde da gestante, no âmbito público está aquém das suas necessidades e expectativas e do que os profissionais almejam, havendo hipervalorização da doença. (DINIZ, 2001; SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004).

Nesse contexto, a manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde e, para isto, é essencial a atenção pré-natal e puerperal, cuja responsabilidade é do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014). No âmbito da Rede Cegonha, a atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. (BRASIL, 2005).

Deste modo, diante das possibilidades que envolvem o sentido da humanização no contexto da assistência à saúde da mulher, torna-se propício a realização de estudos que investigam as distintas concepções que subsidiam as práticas em saúde, tendo como perspectiva a humanização.

3.2 Dinâmica utilizada no Trabalho de Parto

Indicadores para amplificar o conforto e minimizar a apreensão durante todas as fases do trabalho de parto devem ter seu início durante a gestação, através da educação e aconselhamento durante o pré-natal, para que as mulheres sejam capazes de fazer escolhas, ou seja, exercer a sua autonomia. (LEE; DY; AZAAM, 2016).

Desta forma, as intervenções não farmacológicas são consideradas ferramentas auxiliares na assistência ao trabalho de parto, sendo apoio na redução da dor, estresse taxa de cesariana, repercutindo na qualidade da assistência obstétrica ofertada. (BARBIERI et al, 2013; GARTHUS-NIEGEL; VON SOEST; VOLLRATH, 2013).

A hidroterapia ou banho quente é um método não farmacológico que utiliza água quente a 37°C, com fim terapêutico, disponibilizando diversas vantagens durante o trabalho de parto, como maior tolerância à dor, redução do estresse, regulação do padrão das contrações uterinas e satisfação com o processo da parturição, valorizando a autonomia da mulher e a participação ativa do acompanhante. (BARBIERI et al, 2013; BENFIELD et al, 2010; CLUETT; BURNS, 2009).

A prática do exercício perineal com bola suíça, outro método não farmacológico, favorece a adoção de postura vertical da parturiente em acento cômodo, proporcionando o bem-estar e a mobilidade pélvica; oferece alívio ao desconforto pélvico, reduz a duração do trabalho de parto; reduz, de modo eficaz, a necessidade de medicação analgésica, anestesia epidural e ocorrência de cesariana. (GAU et al, 2011; MOTA et al, 2011).

O uso associado de terapias de banho quente com exercícios perineais em bola suíça, durante a fase de dilatação, está relacionado à significativa redução da dor da parturiente e à promoção do conforto em relação ao uso isolado destas terapias. (BARBIERI et al, 2013).

Nessa perspectiva, algumas orientações técnicas (BRASIL, 2000) podem ajudar no trabalho de parto normal, a partir da perspectiva de que a gestante possa ser protagonista neste momento, além de adotar posturas diversas de acordo com a sua escolha, respeitando o conforto, a privacidade e, principalmente, facilitando o processo de trabalho de parto, de modo mais eficaz, breve e partilhado com uma pessoa de sua escolha:

1. Utilizar uma bola de parto ou fazer um monte com almofadas e aproximar-se dela. É uma boa posição para aliviar e relaxar (Figura 1).

Figura 1 - Posição apoiada na bola



Fonte: BRASIL, 2000.

2. Inclinarse para frente: seja sentada numa cadeira ou apoiada na cama do hospital. Pode aliviar as dores nas costas e é bom para o acompanhante fazer uma massagem no fundo das costas (Figura 2).

Figura 2 - Posição inclinada na cadeira



Fonte: BRASIL, 2000.

3. De cócoras: esta posição abre mais a pélvis, ajudando na descida do bebê para o canal de parto (Figura 3);

Figura 3 - Posição de cócoras



Fonte: BRASIL, 2000.

4. Apoiar-se no seu companheiro ou doula (assistente de parto), colocar os braços à volta do pescoço dele(a), encostar a cabeça no tórax de forma que o acompanhante ajude a sustentar o seu peso, e dançar (Figura 4).

Figura 4 - Posição apoiada no acompanhante



Fonte: BRASIL, 2000.

5. Deitar do lado esquerdo quando estiver cansada. Esta pode ser uma boa posição para descansar. Deitar-se de lado com uma almofada entre as pernas e relaxar (Figura 5).

Figura 5 - Posição deitada de lado



Fonte: BRASIL, 2000.

6. De gatas: esta posição pode ajudar a aliviar as dores nas costas devido ao peso exercido pelo bebê, e ajuda o bebê a girar-se e a posicionar-se melhor para o parto (Figura 6).

Figura 6 - Posição de gatas



Fonte: BRASIL, 2000.

7. No período expulsivo, sentar-se e pedir ao seu companheiro ou doula que se sentem por detrás de si e apoia-la. Inclinar-se para frente e puxar os joelhos para trás (Figura 7).

Figura 7 - Posição inclinada para frente e com os joelhos para trás



Fonte: BRASIL, 2000.

Portanto, é importante ressaltar que a assistência de enfermagem humanizada e de qualidade prestada à parturiente, desde o pré-natal até a maternidade, deverá ser baseada em evidências científicas de medidas de conforto e alívio da dor, utilizando métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. A dor poderá ser aliviada quando a mulher realizar mudança de posição frequentemente, seja sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, de quatro ou usando a bola de parto. Estas mudanças de posições também promovem a aceleração do trabalho de parto, alterando as relações de gravidade, o que facilitará a descida e a rotação fetal, reduzindo o sofrimento materno e, muitas vezes, o fetal, por diminuir o tempo de trabalho de parto. (RICCI, 2008; ENKIN et al, 2005 apud ANDERS et al, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cuja finalidade é mapear um conjunto de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, buscando compreender os valores culturais, sociais e éticos, e as relações entre atores e instituições. (MINAYO et al, 2004). A pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo. (MINAYO, 2007).

4.2 Local

A pesquisa será realizada em um hospital de médio porte do norte do Paraná.

4.3 Participantes da Pesquisa

Participarão da pesquisa, enfermeiras do referido hospital, que contemplarem os critérios seguintes critérios de inclusão: atuar no centro obstétrico do referido hospital; ter, pelo menos, seis meses de experiência no setor. Serão excluídas da pesquisa, enfermeiras que estiverem de férias, licença maternidade ou atestado.

4.4 Coletas de Dados

Os dados foram coletados no período de 03 a 14 de agosto de 2017, por meio de um formulário sociodemográfico e de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Ressalta-se que privilegiar as perguntas abertas permitiu ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. (MINAYO et al, 2004). Enfatiza-se que as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

4.5 Análise de Dados

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, que operacionalmente desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A Análise Temática tradicional trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material. (MINAYO, 2007).

4.6 Considerações Éticas

Após autorização do referido hospital, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CETi) da Faculdade de Apucarana (FAP), Parecer nº 2.199.024, CAAE; 70689517.0.0000.5216. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), de acordo com a Resolução CNE 466/12. No presente trabalho, foi dado nomes as enfermeiras como árvore que florescem, trazendo o significado de árvore da vida como símbolo da criação e da fecundidade ligação entre céu e a terra, lembrando da placenta pois colocada em um papel, traz a semelhança de uma árvore. Respeitando o sigilo de cada profissional mencionada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, cinco enfermeiras obstetras, com idade média de 35,2 anos, mínima de 30 e máxima de 40 anos; tempo médio de formação de seis anos, mínimo de dois e máximo de dez anos; tempo médio de atuação em obstetrícia de cinco anos, mínimo de um e máximo de dez anos.

A partir do depoimento das participantes, emergiram três categorias temáticas: “Humanizando o Pré-Parto”, formada por três subcategorias: “Acolhendo a parturiente”, “Avaliando a parturiente” e “Orientando a Parturiente”; “Humanizando o Parto”; “Humanizando o Pós-Parto”.

5.1 Humanizando o Pré-Parto

5.1.1 Acolhendo a Parturiente

A análise dos discursos das enfermeiras evidenciou uma unidade de significado de extrema importância, pois revela uma oportunidade para o estabelecimento de vínculo entre a parturiente e a enfermeira. O acolhimento expresso pela enfermeira transmite maior confiança e segurança para a parturiente. Também demonstra interesse e preocupação por parte da enfermeira, nesse momento delicado que é o trabalho de parto.

Em primeiro lugar eu me apresento, não é? (Primavera).

Ressalta-se que o acolhimento abrange um momento oportuno para que a equipe de saúde possa demonstrar atenção, empenho e disponibilidade, buscando conhecer e abranger as expectativas da parturiente e sua família, expondo as dúvidas relacionadas à gestação e ao parto. O acolhimento tende a facilitar a integração da parturiente com os profissionais, poupando, assim, ocasiões de estresse e angústia para a mulher e sua família. (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Quando o primeiro contato entre a parturiente e o serviço de saúde é baseado no acolhimento e na atenção às demandas de saúde, experiencia-se um cuidado humanizado e qualificado. Explicar sobre a rotina e os procedimentos que serão executados também auxilia para que o processo de parturição seja vivenciado de maneira tranquila e confiante pela mulher. (CASATE; CORRÊA, 2005; BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, ao conceituar humanização no parto, pode-se entendê-la como um movimento relacionado à individualidade e singularidade feminina, valorizando o protagonismo da mulher e possibilitando uma maior congruência do cuidado com o sistema cultural de crenças e valores. (CASATE; CORRÊA, 2005; BRASIL, 2002).

A implantação do cuidado humanizado enfrenta obstáculos como à ausência de conhecimento, orientação e preparo por parte das parturientes e acompanhantes; o pouco vínculo pessoal estabelecido entre a parturiente e o profissional, a negação da informação, a falta de estrutura e o despreparo da equipe em acolher o acompanhante e compreender que o parto é um momento único e familiar. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Diversos autores têm abordado esse assunto, concluindo que a humanização necessita englobar igualmente profissionais de saúde, porque estes também precisam de cuidados humanizados, que equilibrem as várias limitações que se expressam nas condições de trabalho e que pouco subsidiam e os instigam a prestar uma assistência humanizada. (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; SILVA, 2005; MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

No entanto, a educação representa uma busca constante e caracteriza-se como um processo permanente, no qual o homem é sujeito de sua própria educação, com capacidade de dinamizar o processo de mudança social. Entende-se que a educação para o parto constitui-se numa possibilidade de troca de experiências e saberes e fortalecimento das relações interpessoais entre gestante/família/profissionais de saúde. Acredita-se que as ações educativas favorecem o compromisso com a qualidade de vida. Na qual, faz-se necessário que o enfermeiro seja apto para estar assistindo com garantia de serviço satisfatório, e a busca pela capacitação deve ser contínua. (SANTOS; SILVA, 2012). Isto gera um leque de conhecimentos e especificidades com o propósito de uma atenção humanizada, o que promove investimentos em todas as áreas do ensino para elaborar e sistematizar práticas de forma integrada. O campo do ensino e pesquisa

representa o espaço estratégico para esta confluência de interesses. (ROCHA; FONSECA, 2012).

Uma atuação profissional que respeite os aspectos da fisiologia do trabalho de parto/parto, a autonomia da mulher durante todo o processo e a escolha do seu acompanhante de preferência, que não intervenha desnecessariamente e que informe sobre todos os procedimentos que serão realizados, é a melhor estratégia a ser adotada, e o profissional deve estar apto para interagir com esses cuidados. (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

É importante destacar que das cinco enfermeiras entrevistadas, apenas Primavera diz que se apresenta a parturiente. Além de acolher a parturiente, a sua postura a empodera enquanto profissional – enfermeira obstetra. E isso é muito importante para que a sociedade nos reconheça e nos valorize enquanto profissionais, ainda mais quando a medicina tenta de todas as maneiras reduzir o nosso campo de atuação. Neste momento, a paciente deixa de ser do Dr. Fulano de Tal (médico) e passa a ser da enfermeira Primavera.

5.1.2 Avaliando a Parturiente

Na admissão da parturiente, o enfermeiro avalia a parturiente, por meio do histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), ou seja, procura conhecer a história de vida da parturiente, por meio da coleta de informações relevantes, que conduzirão a assistência de enfermagem no trabalho de parto, conforme foi relatado no discurso:

Ver o histórico familiar, histórico do pré-natal, ver como está sendo a gestação dela, olhar todos os ultrassons e exames que foram realizados (Ypê).

Nesse contexto, é extremamente importante que o profissional conheça a parturiente e colha o máximo de informações possíveis, haja vista que a qualidade da assistência de enfermagem dependerá de tais informações. A aferição dos sinais vitais, a ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCF), por meio da cardiotocografia, e o toque vaginal, também foram evidenciados como procedimentos a serem realizados na admissão da parturiente, destacando a ordem que tais procedimentos devem ser realizados, assim como nos revela a fala de Resedá:

Aferir os sinais vitais, principalmente o BCF. Se ela (a parturiente) está com dor, primeiro a gente faz um toque (vaginal), antes de fazer a cardiotocografia, porque às vezes ela está em trabalho de parto [...] e acaba ganhando (o bebê) ali mesmo. Isso já aconteceu (Resedá).

Observa-se que Resedá prefere seguir os passos ditados pelo conhecimento adquirido em sua experiência profissional, em detrimento dos passos descritos no protocolo preconizado. Na sua concepção, é de suma importância avaliar a parturiente primeiro, pois se a mulher estiver em trabalho de parto, o bebê pode nascer a qualquer momento.

Controle de sinais vitais maternos: no momento da admissão e a cada 60 minutos (FRIEDMAN,1978). Sobre enema glicerinado, não deve ser realizado de rotina, pois não se mostrou capaz de reduzir infecção materna ou fetal e traz desconforto à paciente e aumenta o custo do procedimento. (CUERVO; RODRIGUES; DELGADO, 2000; ROMNEY; GORDON, 1981).

O partograma deve ser utilizado para acompanhamento de todas as pacientes em trabalho de parto. Registrar a curva de dilatação cervical com "X" e a curva de descida da cabeça fetal com "O". Considerar com TP disfuncional a falta de aumento da dilatação em 1 hora ou progresso lento que afaste a curva de dilatação para mais de 2 horas à direita da linha de alerta. Nestes casos, buscar a causa da disfunção (disfunção contrátil ou TP obstruído). (FRIGOLETTO JR et al, 1995; SADLER; DAVISON; MCCOWAN, 2000).

Após a dequitação deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia. (FRIEDMAN, 1978). Observar sinais vitais e sangramento. Se sangramento excessivo por hipotonia uterina, realizar massagem uterina e infusão de 30 a 60 U de ocitocina em 1000 ml de solução glicosada a 40 gts/min (MARTINS et al, 2000). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquisar a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto. (FRIEDMAN, 1978).

5.1.3 Orientando a Parturiente

Não é somente quando está em trabalho de parto que a parturiente deve se sentir confortável e segura, que a assistência deve ser humanizada, mas em qualquer fase da gestação. O enfermeiro deve orientá-la quanto aos cuidados a

serem realizados durante o trabalho de parto, explicando sobre o trabalho de parto e o parto, e mostrar-se disponível para tirar qualquer dúvida, proporcionando tranquilidade à parturiente. Nessa categoria, destacaram-se as seguintes falas:

Eu descrevo para ela como vai ser o trabalho de parto (Primavera).

Eu explico para ela como tem que ser o trabalho de parto, o que ela tem que fazer para o alívio da dor (Flamboyant).

A gente tem que tentar acalmar essa paciente. A gente faz um aconselhamento primeiro, não é? (Resedá).

Para que o parto seja humanizado, torna-se imprescindível explicar o que, e como será realizado em cada procedimento, como o que fazer para o alívio da dor, inclusive para que a parturiente possa ajudar no trabalho de parto; permitir que a parturiente escolha o seu acompanhante, pois a presença de um familiar lhe trará conforto, segurança e tranquilidade. Vale lembrar que muitas mulheres optam pela cesariana, pois têm medo de sentir dor no parto normal. Acredita-se que isso acontece por desconhecimento acerca dos métodos não farmacológicos que inibem a dor, humanizando o parto.

Com efeito, a legislação brasileira garante à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha. No entanto, o desconhecimento deste direito, por parte dos usuários, contribui para que as instituições e os profissionais da saúde se mobilizem para inseri-lo no cenário assistencial. (TADDEO et al, 2012). Logo, o empoderamento das gestantes e seus acompanhantes, ainda que realizado em outros níveis de assistência, pode ser uma estratégia significativa para o cumprimento da Lei. (BRASIL, 2005).

Para isso, é necessário que esta informação, ainda pouco divulgada, seja compartilhada no pré-natal (FRUTUOSO; BRUGGEMANN, 2013), permitindo que os usuários se instrumentalizem para determinar o cumprimento deste direito nas instituições que o negligenciam. Nesse sentido, a Lei 11.108 de 2005, denominada Lei do Acompanhante, alterou a Lei nº 8.080 de 1990, assegurando às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2005).

Os benefícios da participação de um acompanhante durante o processo têm sido amplamente apontados nas literaturas nacional e internacional. A importância

da presença de um acompanhante para a mulher, no processo de parto e nascimento, é destacada no estudo realizado em uma maternidade do Estado de São Paulo, quando aponta que as parturientes que receberam apoio de acompanhante de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do processo de parto, quando comparadas ao grupo de mulheres que não recebeu apoio de pessoa de seu convívio naquele momento. (BRUGGEMANN et al, 2010).

As pesquisas demonstram que a satisfação da mulher no parto está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia, pois a presença de estranhos e o isolamento das pessoas queridas no trabalho de parto estão diretamente relacionados com o aumento do medo, do estresse e da ansiedade, retardando o progresso do parto. (PALINSKI et al, 2012; HODNETT; FREDERICKS; JULIE, 2010; HODNETT et al, 2012; SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

Ressalta-se que a presença de um acompanhante de escolha da mulher, é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido, segundo estudos baseados em evidências. (RATTNER, 2009). Seguindo este pensar, a Lei nº 12.895, criada em 2013, também alterou a Lei nº 8.080/1990, fortalecendo o direito à informação e obrigando os hospitais de todo o país a fixarem, em local visível, uma nota esclarecendo sobre o direito da parturiente de ter um acompanhante. (BRASIL, 2012).

5.2 Humanizando o Parto

Quando chega a hora do bebê nascer, a mulher começa a sentir dores, que caracteriza a fase agonizante da dilatação, o período expulsivo e a dequitação da placenta. Um momento que requer horas de cuidado e o uso de métodos não farmacológicos até que chegue o período de Greenberg. A respeito desse momento, as enfermeiras relataram:

Eu a encaminho para os exercícios. Faço os exercícios junto com ela (Primavera).

A gente utiliza o banho, a bola, a massagem... Tem a nossa sala que é tem cama PPP (Pré-Parto/Parto/Pós-Parto). Quando ela (a parturiente) já está quase para ganhar (o bebê), a gente a leva para esse quarto PPP. Lá, ela pode fazer os exercícios nessa cama, que é mais confortável (Resedá).

Ela pode escolher o acompanhante de sua escolha. Eu procuro e vejo quem está em trabalho de parto. Eu sempre procuro colocar em quarto separado (Ypê).

Massagem. Se ela (a parturiente) tem um acompanhante, eu oriento o acompanhante sobre a massagem, o banho quente... Tem a bola para acelerar o trabalho de parto. A gente tem a caminhada e o uso da escadinha para a descida do bebê. Você tem que fazer de acordo com o que a paciente gosta (Flamboyant).

Interessante a fala das enfermeiras, pois descrevem o uso de métodos não farmacológicos que facilitam o trabalho de parto. A figura do acompanhante nesse momento, reforça a segurança, permitindo que a parturiente se sinta mais à vontade. Fazer os exercícios junto com a enfermeira não é uma obrigação, depende da vontade da parturiente, e está diretamente relacionado com humanização do cuidado. Nessa perspectiva, evidencia-se o discurso da enfermeira Flamboyant, ao valorizar a autonomia da parturiente, introduzindo os métodos não farmacológicos, de acordo com a aceitação da parturiente.

Salienta-se que no atendimento ao trabalho de parto e ao parto, além da avaliação obstétrica contínua, também são realizadas várias técnicas não farmacológicas para o alívio da dor. Dentre as mais utilizadas estão: o banho terapêutico de aspensão e de imersão, a massagem em região lombo-sacral, e a utilização da bola e da moxabustão. (KOETTKER, 2012).

A hidroterapia refere-se ao banho de imersão ou de aspensão. É considerada uma alternativa para o conforto da mulher em trabalho de parto, já que oferece alívio sem interferir na progressão do parto e sem trazer prejuízos ao recém-nascido. É apontada como uma medida não farmacológica, na qual a parturiente imerge em água morna (imersão) para relaxamento e alívio do desconforto. (RICCI, 2008).

Ao entrar na água aquecida, o calor e a flutuação ajudam a liberar a tensão muscular e podem conferir uma sensação de bem-estar. A água quente proporciona uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que promove vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Em geral, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, porque o calor e a flutuação na água apresentam efeito relaxante. (RICCI, 2008).

A recomendação para iniciar a hidroterapia é que a cliente esteja em trabalho de parto ativo (> 5 cm de dilatação) para evitar a desaceleração das

contrações do trabalho de parto secundárias ao relaxamento muscular. As membranas amnióticas podem estar íntegras ou rotas. A cliente é encorajada a permanecer na banheira ou no chuveiro enquanto quiser e estiver confortável. A temperatura da água não deve exceder a temperatura corporal e o tempo de banho é tipicamente limitado entre uma e duas horas. (RICCI, 2008).

Sobre os benefícios das mudanças de posições, ressalta-se que o enfermeiro deve sugerir que a parturiente troque de posições, e que, durante a fase de latência e o estágio ativo inicial do trabalho de parto, a paciente deve ser estimulada a caminhar. Na posição ereta, a paciente terá contrações mais fortes, regulares e frequentes, porque a gravidade alinha o feto com ângulo pélvico, à medida que o útero inclina-se para frente a cada contração. A manutenção dessa posição pode abreviar o trabalho de parto e reduzir a dor e a necessidade de usar analgésicos. (DAVIM et al, 2008).

É importante ressaltar que a posição de decúbito lateral pode retardar a descida do feto no segundo estágio do trabalho de parto, mas proporciona mais alívio para a dor lombar do que a posição de cócoras. A posição de quatro apoios ou “de quatro” como também pode ser chamada combinada com a rotação pélvica facilita a rotação fetal e atenua a dor. A posição de joelhos ou cócoras também pode ser combinada com a rotação pélvica, mas essas posições são desconfortáveis e cansativas para a paciente que não estiver acostumada com elas. (DAVIM et al, 2008).

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do seu corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto (BRANDEN, 2000). As técnicas de relaxamento também são utilizadas largamente onde se aplica séries de exercícios dirigidos ao relaxamento dos diversos grupos musculares, em especial os músculos perineais e pélvicos. (BRASIL, 2005). O objetivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e tensão muscular, dessa forma, tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Alguns estudos indicam que o relaxamento diminui o consumo de oxigênio, as frequências cardíaca e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do sistema nervoso simpático. (MELSON et al, 2002).

As técnicas de respiração trouxeram outra forma de combater as dores do parto, por exemplo, a ginástica respiratória vem sendo desencadeante do equilíbrio

no trabalho de parto (SANTOS; SILVA, 2007), o controle da respiração passa pelo estabelecimento de um reflexo condicionado, contração/respiração, trazendo à tona a respiração “cachorrinho” e buscando a hiperventilação durante as contrações, a qual é capaz de oxigenar o feto. (MONTENEGRO; FILHO JR., 2010). É importante destacar que são necessários cuidados no manejo dessa técnica respiratória, pois a hiperventilação pode tornar-se um problema com a respiração rápida se essa não for superficial o suficiente ou se o arquejar for prolongado. Assim, quando a frequência respiratória aumenta de 5 a 20 vezes mais que o normal, resulta em intensa alcalose respiratória. Essa excessiva hiperventilação materna produz acentuada queda na PaCO₂, vasoconstrição uterina e menor liberação de O₂ para o feto. (FREITAS et al, 2011).

As técnicas da respiração associadas com o relaxamento muscular são atrativas pela sua simplicidade e por garantir à parturiente uma participação ativa durante processo de parturição e autonomia no controle da dor. (ALMEIDA et al., 2005). Também permitem que os profissionais, que promovem a assistência obstétrica, busquem caminhos simples e eficazes para reduzir a ansiedade e a dor do parto, sem causar efeitos colaterais e gerar ônus à instituição. (ALMEIDA et al., 2004).

A massagem é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, posição e deambulação, pode ser de grande valia no processo de nascimento. (DAVIM, 2007; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009; REBERTE; HOGA, 2005; H. NETO, 2006; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008). Estudos demonstram a aplicabilidade da prática de massagens manuais, através do uso de bola de tênis, automassagem e massagens praticadas pelo acompanhante (DAVIM, 2007; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). Essa técnica favorece a consciência corporal, sobretudo das tensões. A tomada dessa consciência favorece o aprendizado relativo aos recursos para sua atenuação, sendo que seu emprego propicia o alívio das tensões, minimizando o desconforto provocado pela dor do parto.

A bola de parto, também conhecida como bola suíça ou bola de Bobath, permite a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher se movimente para frente e para trás (cadeira de balanço) e ajuda na rotação e na descida fetal. As mulheres se sentem mais seguras e relaxadas, com conseqüente benefício na evolução do trabalho de parto. (BRASIL, 2005). Assim, a movimentação

da bola de um lado para o outro, balançar ou fazer outros movimentos rítmicos pode ser reconfortante. Posições ortostáticas, como inclinar o corpo para frente ou usar a bola de parto como apoio durante as contrações, conferem à maioria das mulheres uma sensação maior de controle e de movimento ativo do que apenas o ato de permanecer deitada. (RICCI, 2008).

A musicoterapia é a melhoria das capacidades humanas através do uso organizado das influências da música sobre o funcionamento do cérebro humano. Alguns investigadores defendem que a utilização da música potencializa os resultados, por ser considerado um meio muito eficaz como foco de atenção, sendo assim um meio de distração que não reduz a dor, mas causa um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe na hora da dor. (H. NETO, 2006).

Outro estudo analisou o uso da crioterapia no alívio da dor durante a fase ativa do período de dilatação. (NUNES; VARGENS, 2007). Este método foi utilizado por meio de compressas de gelo, aplicadas sobre a região lombar, em decúbito lateral esquerdo, por um período de tempo de 20 minutos. A terapêutica não influenciou na qualidade da dinâmica uterina e promoveu alívio da dor, significativamente, para as parturientes, demonstrando que 85,71% referiram a melhora das condições de suportar as contrações, assim como alívio da dor. Dessa forma, o tratamento com a aplicação tópica de gelo tem ação contrairritante e capacidade de promover a liberação de endorfinas. (SOARES; RODRIGUES, 1998).

No que tange ao parto na água, existem diversas pesquisas internacionais, que exibem os resultados maternos e neonatais (YOUNG; KRUSKE, 2013; MENAKAYA et al, 2013), o atendimento em maternidades (MEYER; WEIBLE; WOEBER, 2010), em casas de parto (DAHLEN et al, 2013) e no domicílio.

Vale ressaltar que a maior parte dos partos na água é conduzida por parteiras (MEYER; WEIBLE; WOEBER, 2010). Na Austrália, as mulheres podem escolher em parir na água, tanto em maternidades, casas de parto, como no domicílio, no setor público ou no privado. Entretanto, no privado, elas são atendidas somente por médicos. (THOMPSON; WOJCIESZEK, 2012).

Na realidade brasileira, não se sabe ao certo quais instituições de saúde oferecem à mulher a possibilidade de parir na água, haja vista que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos. (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010). Também não se sabe o número de nascimentos nessa modalidade de assistência, e quais os resultados maternos e neonatais.

Sobre a revisão sistemática, publicada na biblioteca Cochrane, ao mesmo tempo avaliou e marcou diversos benefícios como à imersão na água durante o trabalho de parto e parto; no qual, trouxe poucas informações sobre o parto e recomendou mais estudos. Ocorre uma redução da dor no período expulsivo e não aumenta a taxa de partos vaginais operatórios ou cesarianas, do Apgar do 5º minuto < 7, de internação do recém-nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de infecção neonatal. (CLUETT; BURNS, 2012).

A formação de profissionais com base nas práticas humanizadas pode estimular a aquisição de conhecimentos que direcionem a prática obstétrica no sentido de estimular o protagonismo da mulher, a fisiologia do parto, e respeitar a sua privacidade. Em diversas maternidades, essas agentes geraram práticas nas quais a decisão compartilhada e a cautela do corpo feminino assumiram o lugar das relações assimétricas e das intervenções desnecessárias durante o parto. (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Idealmente, o profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de apresentar informações claras e completas sobre o cuidado, e dar à cliente a oportunidade de tomar decisões com base nas informações recebidas. (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

A RDC 36/2008 faz referência a um ambiente único e reservado para o acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da mulher e seu recém-nascido na primeira hora de vida, a chamada sala de PPP ou quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Nesta sala destina-se a humanizar o atendimento ao parto resgatando o vínculo mãe-filho com a presença de acompanhante, com vista a minimizar o risco à saúde e melhorar o bem-estar de quem usufrui da atenção obstétrica e neonatal. (RESOLUÇÃO-RDC, 2008). Nessa sala deve seguir padrões diferenciados das salas comuns de parto. Deste modo, as ações assistenciais preconizadas pela RDC 36/2008 indicam os seguintes procedimentos e medidas: a presença de acompanhante de livre escolha da mulher; acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor de estímulos à evolução fisiológica do trabalho de parto; períodos clínicos do parto assistidos no mesmo ambiente (quarto PPP (pré-parto, parto, puerpério); escolha das diversas posições no trabalho de partos; contato imediato da mãe com o recém-nascido; estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto e utilização do método canguru, quando indicado. (RESOLUÇÃO-RDC, 2008).

5.3 Humanizando o Pós-Parto

Após o nascimento do bebê, momento chamado puerpério, são realizados alguns cuidados tanto em relação à mãe (puérpera), quanto ao RN, conforme relataram as enfermeiras:

Agora a gente começa o contato pele a pele. O bebê nasce e já vai direto para o tórax da mãe, não é? E daí é ali que eu o seco e clampeio o cordão umbilical (Magnólia).

Após o nascimento do bebê, eu já o coloco no contato pele a pele. Daí eu procuro incentivar o aleitamento materno [...]. A mãe fica o tempo inteiro com o bebê, no contato pele a pele. Vai para o alojamento conjunto? O bebê vai junto. Depois de duas horas que a gente vai pesar, mensurar... (Primavera).

A gente faz o trabalho de contato pele a pele. Coloca esse bebê pra tentar sugar (a mama). Encaminha para o alojamento conjunto, só de fraldinha, pele a pele com a mãe. Ali ele permanece por duas horas, nesse contato pele a pele. Após essas duas horas é que ele vai para a unidade, para poder fazer os cuidados imediatos (Resedá).

A gente coloca o bebê em cima da mãe. Se possível a gente coloca fralda no neném, em cima da mãe mesmo, a toquinha, clampeia o cordão. É dessa forma, quando o bebê nasce a termo. E agora fica duas horas com a mãe. Não vai mais direto tomar banho (Flamboyant).

Observa-se que os discursos priorizam o contato pele a pele, o alojamento conjunto, a permanência de duas horas com a mãe, porém, o clampeamento do cordão umbilical foi citado somente por duas enfermeiras (Flamboyant e Magnólia). Corroborando, após o nascimento, deve-se iniciar o contato pele a pele do RN com a sua mãe e estimular a amamentação. (FEYER; SILVA; KOETTKER, 2009).

Ressalta-se que o contato pele a pele implica em uma relação receptividade e intensa entre a mãe e o seu bebê, determinando uma adaptação mais precoce e a continuidade do vínculo estabelecido ainda na vida intrauterina. (WEI et al, 2012). Com efeito, o contato pele a pele da mãe com o RN, por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida, além de promover o envolvimento mãe-filho e o aleitamento

materno, é um indicativo de que o parto ocorreu adequadamente. (ROLIN et al, 2008).

O contato pele a pele precoce, significa colocar o recém-nascido, se estiver ativo, sem roupa e diretamente sobre o tórax ou abdome da sua mãe, em posição prona, imediatamente após o parto (BERGOLD; AIVIM, 2011; FERREIRA et al, 2010), a fim de facilitar a adaptação do recém-nascido na sua transição do espaço intra para o extra-uterino, sendo uma maneira inicial de incentivar e promover o aleitamento materno ainda no pós-parto imediato. (FERREIRA et al, 2010).

Neste contato traz benefícios adicionais a curto e longo prazo, pois além do estabelecimento da amamentação, ele resulta em maior estabilidade térmica do recém-nascido, auxilia na expulsão da placenta e incentiva o vínculo entre mãe e filho. (FERREIRA et al, 2010; SILVA, 2009).

A presença da equipe no período expulsivo parece voltada para a atenção às necessidades do recém-nascido, direcionando suas ações para a adaptação deste ser à vida extra-uterina, não valorizando os sinais emitidos pela parturiente, reafirmando a visão da mulher como um sujeito responsável pela reprodução. No entanto, é importante o apoio profissional à parturiente, favorecendo assim o contato pele a pele e o aleitamento imediato. (ROBB; BURNS; CARPENTER, 2011).

É importante ressaltar que é no primeiro contato pele a pele que a mãe concretiza, por sua própria percepção, o delineamento físico do seu filho, que foi imaginado ao longo da gestação, sendo um momento único, no qual acontece o primeiro reconhecimento do recém-nascido pela parturiente, e potencializa para a mulher a possibilidade de apreciar o seu filho pela primeira vez e vivenciar fortes sentimentos de emoção. (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). A efetivação desse contato transmite tranquilidade e segurança, pois nesse momento ela pode sentir, ver, segurar e amamentar o seu bebê e toda ansiedade e curiosidade podem ser resolvidas. (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). Essa tranquilidade aumenta ao perceber que seu filho é fisicamente perfeito e além disso, competente no ato de suprir suas necessidades nutritivas. (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Então, cabe aos trabalhadores da saúde apoiar o contato precoce, proporcionando tempo e ambiente tranquilo, conforto físico e emocional, ajudando a mãe a posicionar-se confortavelmente e observando o estado de alerta e procura do bebê. (FERREIRA et al, 2010).

Assim, a experiência de realizar o contato pele a pele precoce e amamentação ainda na sala de parto é traduzida pela puérpera como um momento único e marcante. É neste momento que ela pode conhecer seu filho, viver uma experiência nova, diferente e gratificante, pois seus sentidos encontram-se aguçados e ela torna-se capaz de reconhecer o bebê como seu e reconhece sua fragilidade, o que a mobiliza para protegê-lo. (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Nessa perspectiva, o contato íntimo e precoce, o aconchego, o toque, o olhar e o aleitamento materno logo após o nascimento, são algumas das ações que a equipe de saúde deve estimular, para o desenvolvimento saudável do vínculo entre a mãe e o seu bebê, ainda na sala de parto. (SOUZA et al, 2013). É importante destacar que os cuidados voltados para a mãe, limitaram-se à orientação em relação ao aleitamento materno e a pega correta:

E explico todos os passos do aleitamento materno (Primavera).

Eu oriento o aleitamento materno e como posicionar o neném (Flamboyant).

A amamentação e a pega correta (Magnólia).

Concernente ao cuidado dispensado à mãe, as enfermeiras deixam passar despercebido, a importância de avaliar a mãe fisicamente, saber se houve laceração, dar um apoio, conversar com ela e ver se está tudo bem, pois ela também precisa de atenção, e não somente o RN. Logo, a puérpera deve ser acompanhada durante os períodos clínicos de dequitação e Greenberg (FEYER; SILVA; KOETTKER, 2009).

A literatura é divergente quanto a classificação do tempo de clampeamento, precoce ou tardio. Considera-se precoce, aquele realizado imediatamente ou até 15 segundos após o nascimento, e tardio, aquele realizado após um, dois ou três minutos, ou assim que cessarem as pulsações do cordão (CERIANI et al, 2010; CHAPARRO, 2011; VENÂNCIO et al, 2008).

Seguindo este pensar, a OMS publicou um guia de práticas integradas de atenção ao parto, em 2007, no qual recomenda que o clampeamento seja realizado após cessarem as pulsações do cordão umbilical, em bebês completamente

reativos, o que corresponde a aproximadamente três minutos. (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

O MS confirmou essa posição em 2011, e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendou que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade, seja posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por um período de um a três minutos, antes de clampear o cordão umbilical. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização do parto requer algumas atitudes dos profissionais envolvidos, que não se restringe em oferecer métodos não farmacológicos, permitir o acompanhante e o alojamento conjunto, mas saber acolher a parturiente, para que ela se sinta realmente acolhida. Que a assistência no pré-parto, parto e pós-parto não seja impositiva, mas participativa, que haja orientações quanto aos benefícios inerentes ao trabalho de parto, permitindo que a parturiente seja protagonista do seu próprio parto. Vale lembrar que houve falas que não foram condizentes com o conceito de parto humanizado.

É possível perceber que as enfermeiras possuem conhecimento sobre as políticas e recomendações da OMS e do MS, porém, o acolhimento, importante chave para o trabalho de parto humanizado, desde a admissão da parturiente no Centro Obstétrico, só foi mencionado pela enfermeira Primavera. Não obstante, sugere-se que as dificuldades relacionadas às deficiências na estrutura física hospitalar e às condições de trabalho, acabam por diminuir a qualidade da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, dificultam o processo de humanização do parto.

O uso frequente dos métodos não farmacológicos e de técnicas não invasivas de cuidado indica que as enfermeiras obstetras encontram-se em um processo de transformação de sua prática, em direção ao rompimento com o modelo medicalizado e uma atuação menos intervencionista, contribuindo, assim, para o alcance dos objetivos propostos pela OMS, para redução de cesarianas e intervenções na assistência ao parto, privilegiando o processo natural.

Como limitações deste estudo é preciso admitir que os dados e análises desta pesquisa suscitaram um número menor de perguntas que direcionasse o trabalho de parto propriamente dito, a quantidade de enfermeiras atuantes na maternidade, apresentando um número reduzido, quanto as respostas das perguntas mencionadas, devido ao questionário estar simplificado e partindo da humanização do trabalho de parto, e não a descrição do trabalho de parto comumente dito.

Como outro fator a limitação das atividades desenvolvidas com a teoria citadas nos estudos, abrangendo parcialmente as respostas das participantes e quanto o processo de humanização, porém várias ideias apontadas sobre o tema que não são realizadas, pois a instituição não adquiriu para que isso aconteça.

Como contribuição a sua percepção, acerca do tema relacionado, sua conduta pré-estabelecida, uma visão do que pode ser melhorado diante desta situação, permitindo uma reflexão.

Conclui-se através desta pesquisa realizada em uma Unidade Hospitalar Materna Infantil do Norte do PR que grande maioria das puérperas, relata um cuidado especial e humanizado no pré parto, parto, e pós parto obtendo resultado satisfatório, assim, promovendo o cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M. et al. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. **Rev enferm UERJ** [on line], v.12, n.3, p.292-8, 2004.
- ANDERS, Jane Critina et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: parto e nascimento**. 113p. Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis (SC), 2013.
- ÁVILA, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Suppl. 2, p.465-469. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800027&lng=en. Acesso em: 10 abr. 2014.
- BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.5, p.478-84, 2013.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.5, p.546-51, set-out, 2007.
- BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto & contexto enferm.**, v.13, n.3, p.376-82, 2004.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.
- BENFIELD, R. D. et al. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. **Biol Res Nurs**, v.12, n.1, p.28-36, 2010.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): MS, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: MS, 2000.
- _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): MS, 2001.
- _____. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): MS, 2002.

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

_____. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Resolução-RDC número 36, de 3 de Junho de 2008. **Diário Oficial**, n.105, seção 1, 4 Jun. 2008.

_____. Portal da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/Política Nacional de Humanização. **Guia dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal** (em fase de revisão final). Brasília (DF): SAS, 2014.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet], v.13, n.1, p.105-11, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstetras envolvidas na assistência ao parto. **Revista latino americana Enfermagem**, v.13, n.6, p.960-7, 2005.

CHAPARRO, C. M.; LUTTER, C.; BEYOND, S. **Integrated delivery care practices for longterm maternal and infant nutrition health and development**. Pan American Health Organization. Washington D. C., 2007.

CHAPARRO, C. M. Timing of umbilical cord clamping: effect on iron endowment of the newborn and later iron status. **Nutr Rev**, v.69, suppl 1, p.30-6, 2011.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, p.2, 2009.

CUERVO, L. G.; RODRIGUES, M. N.; DELGADO, M. B. Enemas during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2000.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev eletrônica enferm** [Internet], v.10, n.3, p.600-9, jul. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Colet.**, v.10, p.615-26, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Cresc Desenvolv. Hum** [Internet], v.19, n.2, p.313-26, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf> . Acesso em: 05 maio 2016.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, p.627-37, 2005.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciênc Cuid Saúde**, v.9, n.2, p.269-77, 2010.

FEYER, I. S. S. et al. **O florescer da vida: parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto.** Florianópolis (SC): Lagoa, 2009.

FONSECA, C. C.; ROCHA, L. A. Gestação e atividade física: manutenção do programa de exercícios durante a gravidez. **R. Bras. Ci e Mov.** v.20, n.1, p.111-121, 2012.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRENKLEI, L. A.; STINGER, G.; GRAY, A. **A guide for advocating for respectful maternity care.the white ribbon alliance.** Disponível em: <http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/RMC-GuideFINAL.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

FRIEDMAN, E. A. (Edit.). **Labor: clinical evaluation and management.** 2.nd. New York: Appleton, 1978.

FRIGOLETTO, F. D. Jr; LIERBEMAN, E.; LANG, J. M. et al. A clinical trial of active management of labor. **N Engl J Med**, n.333, p.745-50, 1995.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto – Enferm** [on line], v.22 , n.4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 out. 2014.

GARTHUS-NIEGEL, S. et al. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. **Birth.**, v.41, n.1, p.108-15, 2014.

GAU, M. L. et al. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. **Midwifery**, v.27, n.6, p.293-300, 2011.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.107-14, 2006.

H. NETO, S. I. Musicoterapia e a Maternidade. **Nursing** [on line], v.16, n.210, p.7-9, 2006. Disponível em: http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2371:musicoterapia-e-a-maternidade&catid=116. Acesso em: 15 jan 2012.

HODNETT, E. D.; FREDERICKS, S.; JULIE, W. Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews** [online], jun, 2010. Disponível em: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000198/pdf_fs.html. Acesso em: 8 nov. 2013.

KOETTKER, Joyce Green; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; KNOBEL, Roxana. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da Equipe Hanami no Sul do Brasil, 2002-2012. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.1, 2017.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais: uma análise crítica: por um parto mais humano e solidário**. 2.ed. São Paulo (SP): Sarvier, 2000.

LEE, S. L. et al. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.42, n.1, p.19-28, 2013.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.274-9, 2009.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. **Texto & Contexto Enferm** [on line], v.21, n.3, p.600-7, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a15.pdf. Acesso em: 30 jan. 2014.

MARTINS-COSTA et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS, F.; COSTA, S. M. (Edits). **Rotinas em Obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MELSON, K. A. et al. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B. F. JR. **Obstetrícia**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MOTA, L. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.5, p.656-2, 2011.

MOURA, F. M.; CRIZOSTOMO, C. D.; NERY, I. S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.**, v.60, n.4, p.452-55, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v.10, n.3, p.651-57, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 9 out. 2010.

_____. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.4, p.415-425, out./dez., 2011.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.4, p.546-551, 2009.

NASCIMENTO, Ana Karina Cavalcanti. **A hora mais esperada chegou:** elaboração de folder educativo para orientar as gestantes a respeito do trabalho de parto normal. (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

NUNES, S.; VARGENS, O. M. C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. **Rev enferm UERJ** [on line], v.15, n.3, p.337-42, July/Sept, 2007. Disponível em: available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a03.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal:** guia prático. Genebra (SW): OMS, 1996.

PALINSKI, J. R. et al. Women's perception of the process of labor coaching: a descriptive. **Online Braz J Nurs**, v.11, n.2, p.274-88, ago, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603/html>. Acesso em: 9 nov. 2013.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Características assistenciais dos partos normais atendidos pelas enfermeiras obstétricas. **Revista de Psicologia**, 2013.

PRADO, Marta Lenise; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem:** Processo educativo em saúde. 47p. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC). 2013. QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.3, p.479-487, jul./set. 2007.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface** [Internet], v.13, supl.1, p.759-68, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Cienc Saude Colet.**, v.10, p.221-30, 2005.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.3, p.453-8, jul/set , 2011.

SANTOS, Luciano Marques et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.2, p.202-7, mar-abr., 2014.

SANTOS, R. B.; SILVA, R. K. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012.

SCHIRMER, J. et al. **Assistência pré - natal**: manual técnico. 3.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS: Ministério da Saúde, 2000.

SERRUYA, Suzanne J.; CECATTI, José G.; LAGO, Tania G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, out. 2004.

SILVA, L. C. **O cuidado na vivência do doente de câncer**: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem, 2009.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.14, n.4, dez., 2005.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Caring for the patient in the process of dying at the intensive care unit. **Rev Esc Enferm USP** [online]. v.45, n.3, p.735-40, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a27.pdf. Acesso em: 05 maio 2012.

SOARES, G. S.; RODRIGUES, E. M. **Manual de recursos fisioterápicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

SODRÉ, T. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.3, p.452-60, jul-set, 2010.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Cien Saude Colet** [on line], v.17, n.11, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009. Acesso em: 22 out. 2014.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.4, p.652-9, 2010.

VENÂNCIO, S. L. et al. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cad Saude Publica**, v.24, Supl 2, p.323-31, 2008.

VENTURI, W. et al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC.** 2010. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/Files/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 21 mar. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário semiestruturado

Sexo:

Idade:

Tempo de formação:

Tempo de atuação no centro obstétrico:

Questões fechadas:

01) Fez curso de pós graduação modalidade especialização em Enfermagem Obstétrica, com carga horária mínima de 360 horas?

() sim () não () em andamento

Ano: Carga Horária Total: Horas

02) Fez algum outro curso de aperfeiçoamento em obstetrícia?

() sim () não () em andamento

Ano: Carga Horária Total: Horas

03) Fez pós graduação stricto-sensu?

Mestrado: () sim () não () em andamento

Nome da dissertação: Ano:

Doutorado: () sim () não () em andamento

Nome da Tese:

Questões abertas:

Descreva os passos que você realiza na admissão da parturiente.

Que estratégias de humanização você utiliza na admissão da parturiente?

Que estratégias de humanização você utiliza no trabalho de parto?

Que estratégias de humanização você utiliza após o nascimento do bebê? (E com relação à mãe?)

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)

Eu, Joicy Rafaela da Silva Marques , acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana (FAP), após autorização da Direção Geral do Hospital da Providência de Apucarana-PR, e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP (CETi-FAP), gostaria de convidá-la a participar da pesquisa intitulada “A percepção de enfermeira obstetras sobre a humanização da assistência de enfermagem no trabalho de parto”, sob orientação do Prof. Dr. Vladimir Araujo da Silva.

A pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo geral, conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem obstétricas, em relação ao parto humanizado, e como objetivos específicos, observar as ações de enfermagem realizadas no centro obstétrico, e investigar se os profissionais receberam treinamento para trabalhar o parto humanizado.

Para a obtenção dos dados necessários será utilizada a entrevista individual, que será gravada para que não se perca nenhuma informação importante. Ressalta-se que a sua autonomia será assegurada, podendo recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem que haja qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

O benefício previsto é levantar informações que possam indicar práticas não humanizadas na assistência de enfermagem no trabalho de parto, bem como a necessidade de ações educativas que possam contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem no trabalho de parto. Como potencial risco que a pesquisa possa acarretar, evidencia-se que as participantes poderão se sentir constrangidas por, talvez, não praticarem um cuidado humanizado, e sentirem medo relacionado à exposição de seus dados, mas, caso isso aconteça, o pesquisador reforçará que os dados coletados serão tratados com o mais absoluto sigilo.

Maiores esclarecimentos podem ser obtidos por meio dos endereços, telefones ou e-mails listados a seguir. Este documento deverá ser preenchido e assinado em duas cópias iguais, sendo que uma delas ficará com você e a outra com a acadêmica.

Eu, _____,
portador(a) do R.G. _____, declaro que fui devidamente
esclarecido(a), concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa, autorizo o
registro das informações necessárias, e recebi uma cópia deste documento.

Apucarana, _____ de _____ de 2017.

Assinatura ou impressão datiloscópica da participante

Joicy Rafaela da Silva Marques (Acadêmica)

Vladimir Araújo da Silva (Pesquisador Responsável)

Responsáveis pela pesquisa:

Vladimir Araújo da Silva. Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor e Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP. Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, 600. CEP: 86811-500, Apucarana, PR. Telefone: (43) 3033-8900. E-mail: vladimir.araujo@fap.com.br

Joicy Rafaela da Silva Marques. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP. Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, 600 CEP: 86811-500, Apucarana, PR. Telefone: (43) 9 9926-4802. Email: Joicy-marques@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP. E-mail:

Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, 600. CEP: 86811-500. Telefone: (43) 3033-8900, Apucarana, PR. E-mail: ceti-fap@fap.com.br.

APÊNDICE C – Termo de autorização institucional

Apucarana, ___ de _____ de 2017.

Ao Hospital da Providência

A/C Diretora Geral, Irmã Geovana Aparecida Ramos

Eu Joicy Rafaela da Silva Marques, acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana (FAP), venho por meio deste solicitar autorização para realizar a coleta de dados referente ao Projeto de Pesquisa intitulada “A percepção de enfermeira obstetras sobre a humanização da assistência de enfermagem no trabalho de parto”, junto aos profissionais da enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Providência.

A pesquisa tem como objetivo geral, conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem obstétricas, em relação ao parto humanizado, e como objetivos específicos, observar as ações de enfermagem realizadas no centro obstétrico, investigar se os profissionais receberam treinamento para trabalhar o parto humanizado, verificar as satisfação da parturiente no atendimento de enfermagem prestado no trabalho de parto.

. Para a coleta de dados serão utilizados um formulário sociodemográfico e um roteiro de entrevistas. As entrevistas serão gravadas e transcritas na integrada.

A participação no estudo será voluntária, e o participante poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo à sua pessoa. Pela participação no estudo, a Instituição e os participantes não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclareço que os dados serão coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP (CETi-FAP) e serão utilizados exclusivamente para fins científicos, preservando a identidade dos participantes, observando-se os aspectos éticos disciplinados pela Resolução CNS 466/2012, que rege a pesquisa envolvendo seres humanos.

Certo de poder contar com vossa colaboração, antecipo os agradecimentos.

Atenciosamente,

Vladimir Araújo da Silva
(Orientador)

Joicy Rafaela da Silva Marques
Pesquisador Responsável Acadêmica

Ir. Geovana Aparecida Ramos
Diretora Geral

Fonte: Autora da pesquisa, 2017.