



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JOSIANE SILVA TAVARES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO
HUMANIZADO**

Ariquemes - RO
2012

Josiane Silva Tavares

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO
HUMANIZADO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

Orientadora: Esp. Sharon M.
Fernandes da Silva

Ariquemes – RO
2012

JOSIANE SILVA TAVARES

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO
HUMANIZADO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Esp. Sharon M. Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, _____ de _____ de 2012.

Dedicatória

Dedico esta trabalho de conclusão de curso aos meus amados pais que sempre me incentivaram e que foram viabilizadores de todos os meus bens intelectuais, morais, espirituais e materiais e principalmente da minha inserção neste curso de graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de vivenciar este momento, aos meus pais Josemar Tavares Pires e Lourdes Silva Tavares pela paciência e determinação em ajudar nessa trajetória da minha vida, foram mais que fundamentais em momentos que eu já havia desanimado no meio do caminho, nesse momento o incentivo..a confiança que ambos tiveram em mim foi a força que precisava para continuar.

Agradeço aos meus tios Eloisa e Reinaldo, que me apoiaram me incentivaram, foram de suma importância nos momentos mais difíceis, são grandiosos em tudo que fazem e neste momento da minha vida demonstraram o quão é o tamanho da generosidade de ambos.

À professora Sharon M. Fernandes da Silva pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste.

EPIGRAFE

"O amor de mãe é o combustível que capacita um ser humano comum a fazer o impossível".

Marion C. Garretty

RESUMO

O processo do parto passou a ser composto por inúmeras alterações decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, com o incremento da medicina bem como dos progressos tecnológicos. Embora este avanço da medicina tenha satisfeito às probabilidades com relação à diminuição da mortalidade materna e infantil, acabou por contribuir para que hoje, em dias contemporâneos, a parturiente seja vista como paciente “sem direito” diante do ato de parir. O estudo em questão busca descrever a importância da assistência de Enfermagem no parto humanizado, estando diretamente relacionados ao trabalho despendido pelo profissional enfermeiro, que internaliza e vivencia essa experiência juntamente com o paciente e os outros profissionais envolvidos. Com esta perspectiva, visa ainda explicar sobre o conceito e importância da humanização, das práticas e da atenção à gestante, procedimento que está na pauta internacional de discussões há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva. Sua metodologia aborda uma revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa publicadas nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e em livros do acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Com esta pesquisa de cunho bibliográfico a pretensão é contribuir com a sensibilização de profissionais de saúde que assistem a mulher, a adotarem condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Humanização; Parto Humanizado

ABSTRACT

The birth process came to be composed of numerous changes arising from institutionalization and medicalization of childbirth, with increasing medical and technological progress. Although this medical breakthrough has met the probabilities with respect to the reduction of maternal and infant mortality, eventually contributing to that today, in contemporary days, the mother is seen as a patient "no right" before the act of giving birth. This study seeks to describe the importance of nursing care in humanized birth, being directly related to the work expended by the nurse, who internalizes and experiences them together with the patient and other professionals involved. With this perspective, also aims to explain about the concept and importance of humanization, practices and care for pregnant women, a procedure that is on the international agenda of discussions for decades and in recent years has been gaining attention in the national scientific literature, especially in publications related to health. Its methodology addresses a literature review descriptive, exploratory and quantitative published in MEDLINE, LILACS, SciELO, the Virtual Health Library (VHL), Federal Board of Nursing-COFEN and books of the Library Julio Bordignon, Faculty of Education and Environment-FAEMA. With this research bibliographic stamp claim is to contribute to the sensitization of health workers assisting the woman to adopt behaviors that will bring welfare and ensure safety for the woman and baby.

Keywords: Nursing Care; Humanization; Humanized Birth

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivo Especifico	11
3 METODOLOGIA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 SINAIS CLINICOS DE GESTAÇÃO	13
4.2 HISTÓRIA DO PARTO ATRAVÉS DOS TEMPOS	14
4.2.1 A Mulher Como Símbolo de Procriação	17
4.2.2 Falando Sobre Humanização	18
4.2.3 História do Parto Humanizado	19
4.2.5 O Trabalho das Doulas no Brasil	21
4.3 MECANISMOS DE PARTO	22
4.3.1 Morbimortalidade Materna e Perinatal	26
4.4 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTENCIA	33
4.4.1 A Deliberação do Parto Cesáreo	36
4.4.2 Modelo de Assistência no Brasil	37
4.5 TÉCNICAS DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO TRABALHO DE PARTO	39
4.5.1 Fatores Emocionais que Refletem no Parto	40
4.5.2 Estratégias não Farmacológicas para Alívio da Dor de Parto	40
4.5.3 Bola do Nascimento	41
4.5.5 Enfermeira-Parturiente-Família	42
4.5.6 Deambulação/Liberdade	43
4.5.7 Exercícios Físicos e Cursos para Gestantes	44
4.5.8 Tecnologias Apropriadas	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48

INTRODUÇÃO

Ao fim do século XX, os profissionais de saúde se acordaram para a importância da qualidade da assistência apresentada à saúde da mulher durante o trabalho de parto, já que ainda era considerado um processo fisiológico natural, tendo em vista que mulher e criança fossem avaliadas como saudáveis. (LIMA; SIEBRA, 2006).

Conforme Faúndes e Cecatti (1991), o ato de humanizar o parto é fazer com que a ação da mãe trazer o filho à luz, comumente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, correspondendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, com os profissionais de saúde intervindo o mínimo possível na ação do nascimento da criança.

Essa prática é o oposto ao que resguardar a massificação do atendimento à gestante e ao recém-nascido, ou seja, à unificação de condutas que têm por desígnio promover e apressar o nascimento destas crianças, cooperando para o aumento de cesarianas e de distintas intervenções cirúrgicas desnecessárias. (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

O indicador numérico de enfermeiros obstetras agindo no país ultimamente ainda é muito baixo, embora se julgue que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem buscando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. (DAVIM; BEZERRA, 2002).

A noção de humanização já era utilizada há anos, especialmente na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência. No campo da assistência ao parto, as discussões sobre este assunto acarretam demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não governamentais têm confirmado suas preocupações, propondo variações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. (BRASIL, 2004).

Ainda para Brasil (2004), desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde tem trazido contribuições importantes para este debate ao propor o uso apropriado de tecnologias para o parto e nascimento,

baseando em evidências científicas que refutam práticas preconizadas no modelo médico de atenção.

“O objetivo da assistência é a obtenção de uma mãe e de um bebê saudáveis com intervenções mínimas compatíveis a segurança (...) durante atendimento ao parto normal deverá existir razões válidas para intervir sobre o processo natural” .(WHO, 1996, p. 4).

Faz parte do processo de constituição da democracia e da cidadania, no que tange o papel do Estado e da sociedade as reivindicações de direitos do cidadão enquanto paciente, além da manifestação das transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, através de organizações e associações. (ALVES, 2000).

Diniz (2001) afirma que a temática da humanização na assistência ao parto se mostra ressaltante, já que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios de integralidade da assistência, de equidade e de participação social do usuário, impetram a revisão das práticas habituais, enfatizando a criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

No Brasil, emerge uma situação alarmante, onde o número de partos cesáreos está entre os mais altos do mundo, podendo ultrapassar a casa dos 80% de casos em instituições hospitalares particulares, além da adoção desenfreada de práticas supérfluas, atribuindo-se ao parto normal, muitas vezes, uma conotação contrária perante as mulheres. Sabe-se que, tanto a mortalidade materna como as esterilizações cirúrgicas estão transversalmente relacionadas ao uso abusivo de cesarianas no Brasil, e mesmo assim não apresentamos mecanismos eficientes para seu controle e regulação, submetendo mulheres e recém-nascidos a riscos desnecessários. (GIFFIN; COSTA, 1999).

2OBJETIVOS

2.1ObjetivoGeral

Descrever a importância da assistência de enfermagem no parto humanizado

2.2 ObjetivosEspecíficos

- Descrever sobre a História da Humanização no Parto
- Debater a capacitação do enfermeiro no decorrer da assistência;
- Discutir as etapas a serem adotadas para que ocorra um parto humanizado;
- Discutir como se dá a assistência à mulher pelo enfermeiro no trabalho de parto.

3METODOLOGIA

Aborda uma revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa publicadas nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e em livros do acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Para melhor compreensão e análise dos dados, os referenciais científicos foram agrupados quanto as semelhança dos objetivos específicos.

O delineamento do estudo foi de 1991 a 2011. A coleta de dados foi executada no período de junho de 2011 a novembro de 2012. Os critérios de inserção para revisão de literatura foram todos os periódicos disponíveis nas bases de dados, nacionais, internacionais e com os descritores: Assistência de Enfermagem; Humanização; Parto Humanizado.

Entretanto os critérios de exclusão de revisão de literatura foram os periódicos que não estavam disponíveis completos, e se encontravam sob a forma de resumo e não coerentes com as categorias propostas na pesquisa.

Foram encontrados no total 3.197 referências e utilizadas 97 (100%). Destes, 43(44.33%) artigos nacionais, 30 (30,93%) livros, 8 (8,25%) dissertações, e 5 (5,15%) artigos internacionais e 11 (11,34%) página internet (Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SINAIS CLINICOS DE GESTAÇÃO

O processo do parto é constituído por uma gama de alterações por meio dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, do desenvolvimento da medicina e dos avanços tecnológicos. (BRUGGEMANN, 2001).

Apesar dos avanços acima citados terem correspondido às expectativas da diminuição da mortalidade materna e infantil, contribuiu-se para que nos dias atuais a parturiente seja a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como um ser biopsicossocial – plena de direitos. Ao se analisar criticamente o corpo da mulher, pode-se ver a demarcação do corpo da gestante com nomes médicos, atribuídos aos do gênero masculino, sendo usados como alguns dos dispositivos simbólicos de dominação. Sendo, a) Sinal de Jacquemier Kluge, b) sinal de Haller, c) sinal de Hegar, d) tubérculos de Montgomery, entre outros. (VARGENS, 2004).

A hiperpigmentação gravídica atinge as formas anatômicas do introito vulvar, a região da vulva, pequenos lábios, períneo, face interna das coxas e ânus. A coloração arroxeadada da mucosa vaginal é visto como sinal de Jacquemier e o aspecto violáceo do intróito vaginal de sinal de Kluge. (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Barros, Marin e Abrão (2002), acrescentam ainda que com o aumento do volume circulatório é bem visível em gestantes de pele clara, decorrente da dilatação da rede venosa superficial. Ao redor da aréola primitiva, surge pigmentação de contornos imprecisos chamados como sinal de Haller ou aréola gravídica.

Sinal de Hegar, conhecido como sinal médico que indica gravidez nas fêmeas humanas. É o amolecimento do istmo do cérvix uterino. Está geralmente presente durante o segundo e terceiro mês de gravidez. Este termo foi descrito originalmente por Ernst Ludwig Alfred Hegar, um ginecologista alemão, em 1895 (GUIMARÃES, 2002).

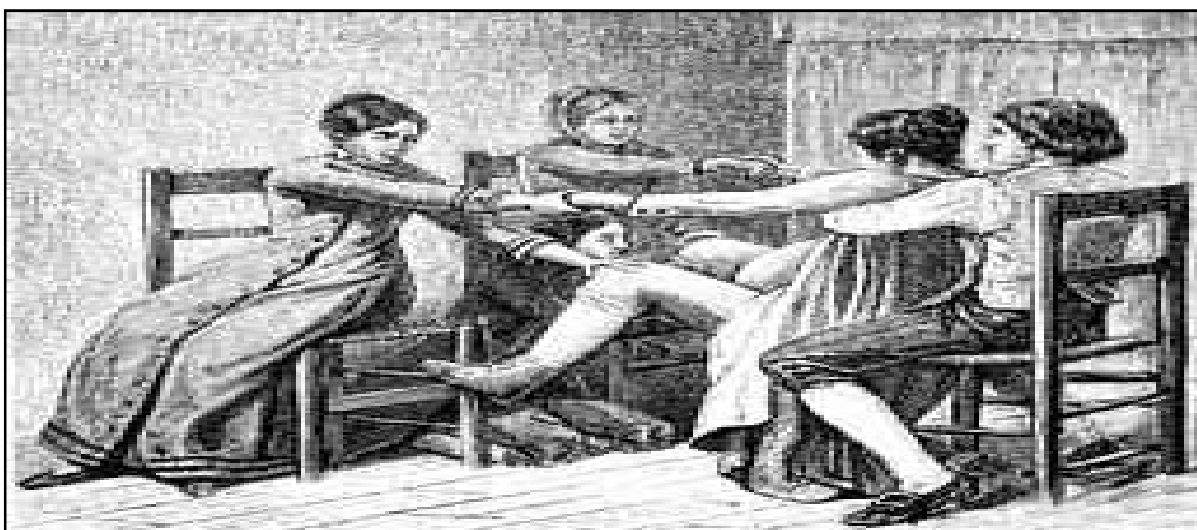
4.2 HISTÓRIA DO PARTO ATRAVÉS DOS TEMPOS

Em tempos passados, o parto era acompanhado exclusivamente por mulheres em seu ambiente domiciliar, por parteiras ou comadres, sendo estas pessoas de confiança da gestante ou de uma vasta experiência reconhecida na comunidade ou que possuía algum saber sobre dos mecanismos reprodutivos. (PROGIANTI, 2001)

A participação da figura masculina até o século XII era mínima, contrária aos padrões culturais predominantes da época, possibilitando um atraso no desenvolvimento da atividade médica relacionada à mulher. A assistência à parturiente se constitui em assunto de mulheres, em que as parteiras proporcionavam um clima emocional aconchegante, com suas crenças, valores, orações e uma infinidade de receitas mágicas no qual aliviavam a dor das contrações, e os homens apenas realizavam assistência aos partos de animais(SATO, 2011).

Com o tempo a figura masculina começou a surgir no cenário do parto, marcando o fortalecimento da presença do gênero existente na época. Na idade média, era dominado pela igreja, marcado com a atuação do parteiro-sacerdote, sendo apenas solicitada sua colaboração em casos de partos complicados(LARGURA, 2011).

Figura – 1 Inserção da figura feminina durante o parto(*Cena de parto pioneira: mulher dá à luz sentada numa cadeira, assistida por parteiras e um homem. Ilustração de um livro do final do século XIX*).



Fonte: <http://www.amigasdo parto.com.br/poutras3.html>

As parteiras, além de auxiliarem no processo de parir, eram benzedoras que recitavam palavras mágicas para auxiliar no controle da dor e no parto, além de realizar abortos, sendo cúmplices em infanticídios e abandonos, no qual se deu abertura ao descrédito da profissão. A figura da parteira sempre foi ambígua.(LARGURA, 2011), sendo valorizada ou condenada de acordo com a seguinte citação:

Ela pode ser aborteira ou denunciar mulheres que abortam, tornar-se cúmplice de infanticídios ou auxiliar a reprimi-los, facilitar o abandono de crianças ou participar da procura de mães que doam seus filhos (LARGURA, 2011, pag.34)

Segundo o mesmo autor tal ambigüidade proporcionou uma intervenção do Estado e da Igreja com objetivos de se impedir a realização de abortos e infanticídios, coincidindo com as perseguições às feiticeiras, na quais muitas eram parteiras que foram queimadas pelas fogueiras da Inquisição, possibilitando transformar sua prática em uma atividade suspeita.

Giffin (1999), a partir do século XVI, essa tradição (partejar) começou a sofrerem regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames realizados diante de comissões municipais ou eclesiásticas.

Mesmo com a aproximação médica ao parto nos primórdios do século XVI, somente durante os séculos XVIII e XIX foi que essa prática se desenvolveu, se organizou, e se legitimou, em meio aos discursos de exaltação da maternidade.(VIEIRA, 2002).

O cirurgião inglês Peter Chamberlain criou o fórceps e o desenvolvimento dessa técnica levou a decadência da profissão das parteiras, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito destas parturientes substituindo enfim o paradigma não intervencionista pelo parto controlado pelo homem.(PROGIANTI, 2001).

Para se facilitar tais intervenções, e sob a influência de François Mauriceau, da escola obstétrica francesa, o parto horizontal também passa a ser adotado.(PRADO, 2011).

Figura – 2 A posição horizontal como facilitadora das intervenções



Fonte: <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html>

Ainda para Prado (2001), mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica influenciou sua aceitação como disciplina técnica e científica consolidando definitivamente de que o parto era um evento perigoso.

De acordo com Sato e Britofalta, 2010, a partir daí, o parto ficou sendo caracterizado como evento médico, cujos significados científicos visivelmente viriam a ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública com a presença de outros atores sociais.

No entanto, Vieira (2002), afirma que a disputa entre médicos e parteiras prolongou-se durante séculos. As parteiras, não tendo acesso à universidade, portanto, ao conhecimento, foram com o decorrer do tempo se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas. Com avanço do capitalismo industrial acabou por culminar com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia.

Com o refinamento do saber médico, o índice de mortalidade maternacomeçou a diminuir, contribuindo para a aceitação da hospitalização

perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais tornou-se mais seguro para as mulheres. No Brasil, a ampliação da obstetrícia não se deu de forma distinta da Europa. No período colonial, as parteiras detinham a arte de partejar, detentoras do saber empírico e praticante de artes místicas como forma de diminuir o sofrimento das parturientes. (VIEIRA, 2002).

A evolução da obstetrícia no Brasil se deu de forma lenta e gradual, pois dependiam da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. As parteiras francesas formadas foram trazidas ao Brasil na vinda da corte portuguesa, pela Faculdade de Medicina de Paris. Além de realizarem o parto, elas vacinavam contra varíola, sangravam e tratavam de moléstias do útero. (LARGURA, 2011).

Os médicos do século XIX, como forma de facilitar o estudo do corpo da mulher, passaram a discorrer em favor da hospitalização, da criação de maternidades e colocaram em dúvida a competência das parteiras. (VARGENS, 2001).

4.2.1 A Mulher Como Símbolo de Procriação

Antigamente a mulher era vista tão exclusivamente como procriadora e devia absoluta obediência aos homens, tinha que se submeter excepcionalmente à vida doméstica, criando e cuidando dos filhos. Na idade Média, logo após, a mulher passou a ser apreciada como uma “aprendiza”, no entanto, mesmo sendo vista como um ser rebaixado começa a desempenhar com exclusividade determinadas ocupações, como fiandeira e tecedeira de seda. (PANUZZIO; NASCIMENTO, 2006).

Lipovetsky (2007) filósofo e autor de: “*A Terceira Mulher*”, que vem retratar o trajeto histórico vivenciado pelas mulheres no contexto cultural, social, político, religioso e econômico, onde relata a propósito da mulher reconhecida para procriar, cantada em versos e prosa perpassando pela mulher enaltecida, e por último a mulher moderna que tem o governo de si.

Dentro de um âmbito familiar cabe à mulher o papel social construído culturalmente de cuidar dos filhos e da casa, um esquema classificatório ligado mais a subjetividade. Quando as mulheres “invadem” o ambiente público, elas

podem vir a sofrer processos discriminatórios nos quais as mesmas posições dos homens no espaço público podem acarretar uma distribuição desigual de recursos, estes entendidos como poder, prestígio e status.(TURNER, 2000).

As obstetrias cuidam do pré-natal e fazem o parto normal da grande maioria das mulheres. (PRADO, 2011).

A formação de obstetrias não exclui as enfermeiras da atenção. Pelo contrário, pretende fortalecer um modelo de atenção que não seja centrado no modelo biomédico, ainda presente na formação geral de Enfermagem, ou apenas na assistência ao parto. Em todo este processo, elas descobrem múltiplos obstáculos, em consequência do mercado ser ainda restrito, a despeito da legislação e de todo incentivo governamental que assegura e legitima a autonomia das enfermeiras obstetras, habilitadas ou especialistas, para assistir às mulheres durante a gestação, parto e pós-parto. (CARVALHO, 2000; NARCHI, 2001).

Levando em consideração tais evidências, entre tantas outras, não podemos deixar que o saber médico dominante use os conhecidos fatores de risco – preocupação com a segurança da gestantes e do bebê – como forma de justificar a medicalização do processo natural de nascimento, descreditando qualquer alternativa diferente da tradicional.(ODENT, 2002).

4.2.2 Falando Sobre Humanização

O advento da humanização pode ser visto como a garantia à palavra a sua dignidade ética, ou seja, o ato de perceber a dor ou o prazer no corpo para poder ser humanizadas, necessitam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de elementos pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente.(COLLET; ROZENDO, 2003).

Considerações sobre humanização já passa a sustar um sítio de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no país, na concepção de uma maior integralidade, efetividade e acesso. Nascendo como objeto de interesse público, advém a ocupando lugar fundamental na ponderação sobre as implementações de saúde no país, com ônus a uma maior

denominação e com a preparação de uma política nacional de humanização dos serviços de saúde, a seriedade de uma maior disposição para sentir por parte das autoridades e profissionais da saúde, em plano nacional, é reforçado e a priorização do tema como aspecto fundamental passa a ser contemplado nas políticas de saúde.(AYRES, 2005).

O desenvolvimento tecnológico, atrapalhado pelas relações humanas acabou tornando-as frias, individualistas, objetivas e calculistas. A possibilidade de resgate humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. Buscar formas eficazes para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica permitindo compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo também as dimensões político- filosóficas que lhe imprimem um sentido. Nessa aproximação, se faz primordial, inicialmente, a análise do conhecimento já produzido acerca dessa temática.(CASATE; CORREA, 2005).

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) mostra-se relevante no contexto atual dos serviços de saúde, porque a constituição de um atendimento, calcado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social do usuário, demanda uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.(FREITAS, 2007).

Ainda para Freitas (2007), a tarefa da humanização nos coloca diante do desafio de refletir sobre o modo de ser e de agir nas relações com os outros e com o mundo. No campo da saúde, esta reflexão parece se justificar frente à percepção da fragmentação das relações humanas, agravadas pelo crescimento de fenômenos como valorização da técnica e dos avanços científicos dissociados do respeito à dignidade humana; da violação do direito humano fundamental a uma assistência de saúde qualificada.

4.2.3 História do Parto Humanizado

Com a institucionalização do parto nas primeiras décadas do século XX, o mesmo passou a ser visto como um processo patológico que merecia ser controlado a fim de evitar a morte materna e perinatal. Com isso, as parteiras

tradicionais sofreram críticas a respeito do seu ofício e as parteiras diplomadas perderam a essência de partejar com arte e autonomia (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Figura – 3 Parto de cócoras na antiguidade



Fonte: <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html>

A despeito das adições produzidas através da ciência tecnológica a respeito das patologias obstétricas, a medicalização da assistência ao parto influenciou na desumanização desse evento e na formação da enfermeira obstetra, de acordo com o modelo biomédico (CAPARROZ, 2003).

Caparroz (2003) acrescenta ainda que as mulheres tornaram-se agentes passivos desse processo que deixou de ser vivenciado de forma privativa e feminina para tornar-se um evento público e masculino, num processo cada vez mais intervencionista e complicado. No qual, as mulheres foram, removidas do aconchego do seu lar e da companhia dos seus familiares para um ambiente frio e impessoal, em que na maioria das vezes profissionais desconhecidos e sem identificação exerciam sem permissão e justificativa, uma sequência de procedimentos invasivos e dolorosos, como se a parturiente fosse apenas um objeto.

4.2.4. Doulas

Em meados do século XIX iniciou-se o processo de institucionalização da assistência ao parto, bem neste tempo a obstetrícia incidiu em ser aliada pela medicina e a tradição familiar no advento da participação durante o nascimento, as mães passaram a ser atendidas nos hospitais exclusivamente por profissionais de saúde, ficando sozinhas durante um longo período do trabalho de parto (LEÃO e BASTOS, 2001).

“Doula” é uma palavra de origem grega que significa aquela que serve”. Doulas eram aquelas mulheres tidas com mais experientes no que tange à maternidade as quais eram fundamentais no auxílio a outras mulheres na hora do nascimento de seus filhos e nos cuidados iniciais da criança (ANDO, 2006).

4.2.50 Trabalho das Doulas no Brasil

A doula é uma mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê. Seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranquilidade. (NOLAN, 1995).

Algumas atividades sufragais no momento do trabalho de parto podem ser classificadas em 4 categorias: suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; determinados meios de conforto físico como massagens e compressas fria; manejo de informações em forma de orientações, conselhos, instruções e defesa que consiste em explicar os desejos do casal frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo. (HODNETT; OSBORN, 1989).

Uma experiência que deu certo se encontra no Hospital Sofia Feldman (HSF) em Belo Horizonte é uma instituição filantrópica, que mantém convênio com o SUS, que presta assistência primária e também secundária à saúde da criança, do adolescente e da mulher e que sempre permitiu aos familiares acompanhar a parturiente durante o trabalho de parto e nascimento. O hospital é de pequena estrutura e conta com atendimento a nível ambulatorial e também hospitalar, dispõe de 64 leitos sendo: 35 na maternidade; 21 na unidade de pediatria e 8 leitos na unidade “mãe canguru”. Em 1998 foi registrado, em média, na maternidade 280 partos por mês, onde 95% dos

partos são realizados pelo profissional enfermeiro. O hospital chegou a ser reconhecido pela UNICEF em 1995 como Amigo da Criança e funciona, desde sua inauguração, em sistema de alojamento conjunto. (LEÃO, 2001).

4.3 MECANISMOS DE PARTO

O estudo do parto está compreendido em três principais fases: a dilatação, a expulsão e o secundamento. Antes destas três fases, existe um período sem muita delimitação, sendo este o andamento “premunitório” o superior da bacia. No qual ocorre o aumento de lombalgia, a distensão das articulações pélvicas, acréscimo das secreções cervicais com posterior eliminação do muco, contrações uterinas com menores intervalos e maior intensidade, tornando-se mais freqüentes até que se instala o trabalho de parto e encurtamento do colo. (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

A dilatação começa com as primeiras contrações que modificam o colo, e terminam quando este se encontra, totalmente, dilatado conhecido também como 1º período. O útero grávido proporciona contrações desde o início da gestação, mas somente a partir da 28ª-30ª semanas estas contrações são percebidas pela gestante. São as contrações de Braxton-Hicks e são indolores. De acordo com a evolução da gestação, estas contrações uterinas se tornam mais cursese melhor coordenadas, auxiliando o amadurecimento do colo uterino (período premunitório). (CARRARA; DUARTE, 1996).

De acordo com o autor acima citado alguns parâmetros caracterizam pelo amadurecimento do colo uterino: amolecimento, no qual se acentua no período de pré-parto; orientação, quando o colo alinha-se com o eixo longitudinal da vagina pela dilatação do istmo uterino, o apagamento, que se dá pela incorporação do colo ao segmento. Nas proximidades da 40ª semana, a velocidade uterina se torna mais intensa e desencadeia se o trabalho de parto. Não existem limites precisos entre o término do período premunitório e o início do trabalho de parto.

Estabelece-se o trabalho de parto quando existem contrações uterinas ritmadas (primeiro período) e que provoquem alterações progressivas no colo uterino. Com base em conceitos mais amplos, considera-se trabalho de partono momento em que os seguintes parâmetros estiverem presentes:

apagamento do colo, formação das bolsas das águas, dilatação cervical, emissão de mucosidade e contrações uterina rítmicas, e em conceituação mais simplificada, quando ocorrem duas contrações em 10 minutos. Sob a ação das contrações, a dilatação se completa e inicia-se a expulsão.(CARRARA; DUARTE, 1996; REZENDE, 1998).

A expulsão, chamada também de segundo período do parto, inicia-se com a total dilatação do colo e finaliza com a saída do concepto e neste período, juntamente com as retrações uterinas ocorre também a retração do diafragma e da musculatura abdominal que vão comprimindo o útero de cima para baixo e de ante para trás. Sob efeitos das contrações, agora mais fortes e mais ameadadas, o feto é impelido transversalmente pelo colo dilatado por completo, consegue alcançar a vagina e passa então a distender o diafragma vulvoperineal. O aparecimento de contrações da musculatura abdominal (prensa abdominal) via arco reflexo, que são os “puxos”, aparecem com a compressão das paredes vaginais, do reto e da bexiga. (NONATO, 2007).

Secundamento ou como é conhecido, terceiro período do parto, conta de três tempos fundamentais: o descolamento que ocorre em decorrência da contração do útero, essa contração provoca redução acentuada da superfície interna do útero além do plegueamento da zona de entrada da placenta, que como efeito sofre descolamento. Na camada esponjosa é onde se dá o início do deslocamento, que é menos resistente. No momento em que se iniciou esse descolamento, vai existir a constituição do hematoma retroplacentário que irá funcionar como cunha no auxílio da dequitação.(CARRARA; DUARTE, 1996).

Ainda para Carrara e Duarte (1996), o descolamento se dá segundo o mecanismo de Baudelocque-Schultze, em 75% das vezes, e se caracteriza por primeiro exteriorizar a face fetal da placenta, e posteriormente, a saída do hematoma retroplacentário. Remanescentemente, o secundamento se dá conforme o mecanismo de Baudelocque-Duncan, onde ocorre primeiro saída do hematoma retroplacentário e em seguida a saída da placenta. A saída do hematoma (primeiro) acontece principalmente em placenta de inserção fúndica e a saída da placenta (primeiro), em placenta de inserção lateral.

Considera-se, ainda, um último período, chamado de período de Greemberg ou quarto período, que é definido como sendo a primeira hora decorrida após a expulsão placentária. É um período de grande importância,

pois nestaintermittência ocorre a intensificação das estruturas de hemostasia para conter a hemorragia que sucede ao descolamento da placenta. Quatro fases caracterizam o período de Greemberg: miotamponagem; trombotamponagem; indiferença miouterina e operíodo premunitório.(CARRARA; DUARTE, 1996; REZENDE, 1998).

Mecanismo de parto são movimentos passivos passados pelo bebê com o intento de adaptar seus elevados diâmetros aos maiores diâmetros do canal do parto. Esses movimentos são continuados e complexos entre si, sofrendo aqui divisão apenas com fins didáticos. Numa divisão mais geral, consta de três tempos: insinuação, descida e desprendimento. Porém, existe uma divisão mais minuciosa, sendo dividida em 6 tempos, quais sejam: descida, encaixamento ou insinuação, rotação interna da cabeça, rotação externa da cabeça, desprendimento da cabeça, com rotação interna simultânea das escápulas e seu desprendimento. (BRASIL, 2003a).

Segundo Friedman, (1978, *apud* BRASIL, 2003a) o encaixamento é a acesso da maior circunferência da apresentação pelo estreito superior da bacia. Na expectativa de que o encaixamento se dê de forma adaptada, deve ocorrer à flexão ou deflexão nos cursos cefálicos, e nas apresentações pélvicas, o acomodamento dos membros inferiores sobre o tronco ou seu desdobramento para baixo. A curvatura e o acomodação dos membros inferiores têm por finalidade a redução dos diâmetros. Bem no início dessa fase, a cabeça do feto já se encontra com flexão moderada, com a sutura sagital dirigida no sentido do diâmetro oblíquo ou transversal e com a fontanela lambdóide recuada para a esquerda, continuidade do início do trabalho de parto até a expulsão total do feto.

Somente após a apresentação dilatar o diafragma pélvico forçando a realização do movimento turbinal é que rotação interna ocorreguiando a sutura sagital no sentido ântero-posterior (maior diâmetro da pelve). Simultaneamente, à rotação interna do crânio e sua descida, as escápulas do bebê se apresentam ao estreito superior. O maior angulo da cintura escapular do feto é o diâmetro biacromial, que mede 12 cm, ou seja, esse ato de se encaixar com as escápulas ocorre em sentido transversal e/ou inclinado do estreito superior. À medida no qual ocorre à rotação interna e o descimento, a região suboccipital

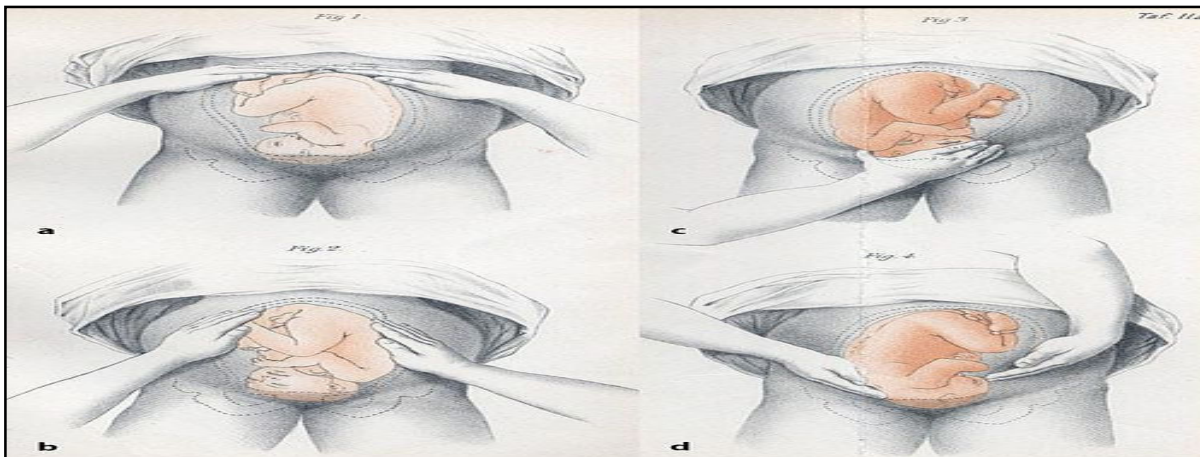
do feto localiza-se sob o púbico materno com a sutura sagital orientada, anteroposteriormente. (REZENDE, 1998).

Nesse sentido, Rezende (1998), afirma ainda que o desprendimento da cabeça ocorre em decorrência das retrações uterinas, desempenhando uma frtrepessão para baixo, forçando o descimento, então a nuca do feto apoia-se na arcada púbica, enquanto a sua face estica o pavimento pélvico, oferecendo menor resistência, e sofre deflexão, deslocando o coccige materno para trás (hipomóclio). Neste período, acontece o deslizamento do occipício sob a arcada púbica e o bregma, a fronte, o nariz e o mento surgem sobre o períneo.

Dentro das apresentações cefálicas, a insinuação por tanto pode apresentar-se maneiras distintas, a cabeça do feto pode se insinuar por vezes com a sutura sagital no angulo transversal da pelve. Quando a sutura sagital ainda não está da mesma largura do pube e do promontório, ou seja, paralela aos níveis da pelve, diz-se que há sinclitismo e quando este episódio não acontece, há assinclitismo. O assinclitismo (que não se apresentam sintomas) é anterior de maneira que o parietal anterior abaixaacima do posterior, fazendo com que a sutura sagital fique mais próxima do promontório, no entanto o assinclitismo é posteriorde modo que o parietal posterior desce adiante do anterior com a conseqüente aproximação da sutura sagital do pube. (CARRARA; DUARTE, 1996).

A explanação dos estudos observacionais que compararam os resultados de um parto pélvico vaginal e um parto na apresentação cefálica é confundida pelo fato de que a apresentação pélvica, por si só parece ser marcador de mal prognóstico perinatal. (HOFMEYR; HANNAH, 2008).

O toque vaginal permite ao enfermeiro identificar a apresentação. Se, se toca um pólo duro e regular e este corresponde com a identificação do pólo cefálico por manobra de Leopold (figura 4), pode concluir-se que a apresentação é cefálica. Se, se encontra a escavação vazia ou um pólo volumoso mole e irregular e a palpação abdominal mostra rechaço no fundo ou em um dos flancos, deve-se suspeitar de uma apresentação podálica ou uma situação transversa e, portanto, o parto é de alto risco (SOFIA, 2009).

Figura – 4 Manobras de Leopold

Fonte: <http://www.google.com.br/imgres>

4.3.1 Morbimortalidade Materna e Perinatal

A gravidez na maioria das vezes é motivo de felicidade para a mulher e seus familiares e o momento do parto é esperado com grande expectativa, alegria, e também com ansiedade. No entanto, apesar do seguimento da mulher no âmbito hospitalar, com emprego de tecnologia disponível, a mortalidade não reduziu, pelo contrário às estatísticas mostram uma triste realidade relacionada às altas taxas de mortalidade materna por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério no qual poderiam ser evitadas, se houvessem boas condições de vida dessas mulheres associado à atenção integral da saúde, com ampliação do acesso e, principalmente, pela melhoria da assistência à mulher no ciclo grávido puerperal (BRASIL, 2002).

Os países em desenvolvimento aglomeram uma grande parcela dessas mulheres desassistidas, constituindo um grave problema de saúde pública. Embora no Brasil, a sub informação e o sub-registro prejudiquem os registros fidedignos da mortalidade materna, onde foi criado pelo Ministério da Saúde em 1996 mecanismos adequados para corrigir tais irregularidades (BRASIL, 2004).

Razão de Mortalidade Materna (RMM) brasileira impetrada a partir de óbitos declarados foi de 64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos no ano de 1998. (BRASIL, 2002).

A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente das causas, é causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas adotadas em relação a ela. De acordo com a Classificação internacional de Doenças CID 10, defini-se como morte materna tardia, a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas após entre 42 dias de puerpério e menos que um ano após o término da gravidez. (BRASIL, 2002).

Na história da humanidade as mulheres são sobreviventes da violência, aborto e morte materna, durante a gravidez, o parto ou puerpério. São fatos do cotidiano de mulheres desprovidas de direitos, são mortes por causas evitáveis em 96% dos casos. Morrer de parto é uma das mais graves violações dos direitos humanos e nossas brasileiras morrem meramente pela falta de alguns cuidados básicos e simples como, por exemplo, a medida e o acompanhamento da pressão arterial. Em todos os países morrem mais as pobres. A mortalidade materna é uma das principais causas de morte feminina de 15 a 49 anos nos países subdesenvolvidos. (OLIVEIRA, 2002).

As mortes maternas estão associadas à falta de assistência digna e à negligência, que vão desde o não atendimento até à má qualidade do serviço prestado. Tanaka (2001) enfatiza ainda que entre as causas obstétricas diretas, o aborto é a quarta causa de óbito materno no país, o que demonstra que as ações de planejamento familiar, não estão funcionando adequadamente, apesar de ser um direito garantido na Constituição de 1988.

Assim, a pluralidade de mulheres procura o serviço de saúde no tempo gravídico puerperal, com o objetivo de prevenir qualquer intercorrência que possa afetar a sua vida e do seu bebê e nem sempre a assistência necessária às mulheres, é realizada (BRASIL, 2003a).

O uso cada vez maior da cesárea foi influenciado pela medicalização do parto e negativamente nos índices de morbimortalidade materna e perinatal, o que favoreceu a desumanização da assistência, além dos altos custos hospitalares. (CAPARROZ, 2003).

Considerando o exposto, Cianciarullo (2003) afirma que a qualidade da assistência oferecida à mulher e sua criança está inteiramente ligada à capacidade, compromisso e responsabilidade dos profissionais de saúde e principalmente da enfermeira que se prepara para exercer essa atividade.

A aplicação do método científico é de fundamental importância na resolução dos problemas de enfermagem ao propiciar a tomada de decisões em bases sólidas, por meio de combinação crítica e transformadora em prol do fato que se apresenta, já que para cuidar das pacientes é indispensável o uso de subsídios científicos e humanísticos, pautados no processo de enfermagem. O sucesso da assistência depende também do uso do diálogo, que é um poderoso instrumento básico de enfermagem, garantindo a qualidade do processo de cuidar. (CIANCIARULLO, 2003).

Humanização é acima de tudo estar ao lado, proporcionar conforto, orientações, ouvir, esclarecimento, comprometimento com o nascimento de um novo ser, de forma segura, digna e responsável propiciando que a parturiente seja sujeito desse processo único. A humanização tende a ser a mola instrutora do acolhimento à concepção, atualmente existe um movimento mundial em prol desta humanização, estimulando os profissionais de saúde a repensarem à sua implementação na busca por transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado (ZAGONEL, 1997).

O trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional em todas as situações de atenção à saúde. Assim, se vê a importância do respeito à mulher e a seus familiares ao chamá-la pelo nome, permitir que ela identifique cada membro da equipe, informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, confortável, limpo, e silencioso, elucidar suas dúvidas e abrandar suas ansiedades são atitudes relativamente simples, ética e humana. (BRASIL, 2003).

Instituído em 1999 pelo Ministério da saúde, o Prêmio Galba Araújo teve a finalidade de impulsionar o serviço público na humanização do seu atendimento, privilegiando o acolhimento e autonomia da mulher e seu companheiro, no momento do parir, através das portarias: 2.883, de 04 de junho de 1998 e 1.406, de 15 de dezembro de 1999. (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a parturiente durante seu parto natural humanizado deve escolher a pessoa em quem confia, para o acompanhamento do seu parto, bem como privacidade e acesso a todas as informações e explicações que deseje e necessite conhecer. Mais adiantesamente o apoio, a mulher tem toda liberdade de lançar mão de artifícios que aliviem a sua dor no momento do trabalho de parto, além de

assumir qualquer posição que ache mais confortável em seu leito (ou fora dele), toques e massagens frequentes, banho de chuveiro, respiração ritmada e ofegante, fundo musical e outros(OMS, 1996).

Nesse sentido é fundamental centrar-se em valorizar a conscientização da pessoa para a captação dos direitos e estímulos da cidadania, com responsabilidade e ética. Cabe lembrar, que a humanização do parto também está relacionada ao acesso das mulheres a melhores condições de vida e saúde(ZAGONEL, 1997).

Como parte da equipe de saúde, a enfermeira é sem dúvida a que dedica maior tempo junto à clientela e assim pode observar melhor os clientes em suas pretensões, medos, dúvidas e esperanças e por ser também uma profissão tradicionalmente voltada para o cuidar, pois é o seu objeto e o profissional que se dedica ao cuidado, respeita e ama a vida, tendo durante a sua formação acadêmica priorizado e velado pela moral e condição dos serviços prestados à população (TORNQUIST, 2003).

A enfermagem atual está alerta para questões sociais de uma profissão solidária, que é o novo enfoque ético, já que a promoção da saúde só é possível se houver qualidade de vida, considerando-se o mundo globalizado para poucos, que supervaloriza a racionalidade, o ter, a técnica e a robotização em detrimento da sensibilidade e a emoção. O profissional de enfermagem tem consciência das condições adversas em que vive uma parcela significativa da população(TORNQUIST, 2003).

Entretanto, cuidados têm sido essenciais para o desenvolvimento, crescimento e sobrevivência dos seres humanos desde o seu aparecimento, sendo foco da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Cuidar o ser humano é um ato que requer empatia, sensibilidade e, também, conhecimento. Cuidar é também ouvir, tocar o outro e fazer por ele o que ele próprio não consegue. Para Santos; Prado e Boehs (2001) o cuidado sendo a essência da enfermagem, é fundamental para o bem estar, a saúde, a cura, o crescimento e a sobrevivência.

Erdman, (1991), afirma que a atividade de cuidado da enfermagem é feita pela ação de seus profissionais, de acordo com necessidades íçadas e que o ser humano ao se pôr na dependência do auxílio de outras pessoas, está buscando o cuidado ao apreciar a vida e o amor próprio.

A enfermagem é além da ciência, uma arte que se realiza através do cuidado que envolve ser, estar, pensar e fazer entre o ser que cuida e o que é cuidado. Se o foco da enfermagem é o ser humano e a razão de ser da enfermeira é o cuidado, então o cuidado humanístico é, e continuará sendo nosso fazer. (SOARES; SANTANA; SIQUEIRA, 2000:107-109).

O ato de cuidar tende a proporcionar conforto à medida que ao aliviar o sofrimento, ocasiona bem estar ao cliente e apesar de o conforto não ser apenas diretamente relevante aos cuidados da enfermagem, ainda constitui o objetivo básico da profissão. O aconchego, contribuindo para a redução da morbimortalidade, é fundamental ao cuidado com o paciente. (MORSE, 1998).

Arruda e Nunes(1998) afirmam que com o conforto a pessoa recupera sua força, seu bem estar e ânimo, aprimorando sua qualidade de vida, o conforto ocorre com o cuidado, favorecendo a integração, liberdade, melhora, segurança e proteção. É dentro deste contexto que o Ministério da Saúde, vem implantando um conjunto de ações, através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica.

A assistência prestada fora do âmbito hospitalar durante o parto normal pode ser uma escolha da mulher, desde que haja outras opções que se assemelhem mais ao ambiente acolhedor do lar, mas com estrutura para agir e encaminhamentos devidos, quando se fizer necessário (OSAVA, 2001).

Hoje, já são vistas algumas alternativas, como núcleos/centros de parto em hospitais ou fora deles, onde mulheres de baixo risco podem dar à luz num ambiente semelhante à domiciliar, aos cuidados de enfermeiras obstetras. O nível de contentamento das mulheres com esse tipo de cuidado ultrapassa o da assistência convencional (OMS, 1996).

Visando assistir exclusivamente os partos e nascimentos normais, o Centro de Parto Normal-CPN, além de garantir a privacidade e o conforto do casal durante o processo de parturição, composto de um quarto para pré-parto, parto e puerpério (PPP). O CPN valoriza o processo fisiológico do nascimento, ao utilizar estratégias não medicamentosas de alívio à dor, a participação intensificada da mulher no trabalho de parto e parto e a liberdade de escolha da posição em que ela deseja dar à luz.(OSAVA, 2001).

Instituído por meio da portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999, o CPN, visa prestar assistência no período gravídico puerperal e parto normal sem distócia. Os objetivos principais do CPN visam garantir acesso e

assistência ao parto, nos Serviços de Saúde do SUS; reduzir a mortalidade materna e perinatal; humanizar a assistência à gravidez, ao parto bem como no puerpério e garantir a melhoria, da qualidade da assistência à mulher no pré-natal(TYRRELL, 2001).

Ainda para Tyrrell (2001), a equipe ínfimadentro do CPN deve ser composta por um enfermeiro, com especialidade em enfermagem obstétrica, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista. Deve ainda contar com uma equipe complementar composta pelo médico obstetra e um médico pediatra/neonatologista. A presença de parteira tradicional obedecerá à cultura de cada localidade.

A portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira (o) obstetra” e tem como objetivo principal enfatizar a assistência prestada por este profissional, no que diz respeito ao parto humanizado. Apesar do número de enfermeiras (os) obstetras atuando no país ser extremamente pouco, na realidade o número de partos realizados por esta categoria é bem maior. Sendo assim, o Ministério da Saúde está financiando a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica.(BRASIL, 2003).

Outro ponto importante a destacar é o exercício profissional da enfermagem, que dispõe sobre a Lei 7498/86 e o decreto 94406/87, em seu artigo 9º, enfatiza que as profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou enfermeira Obstétrica, incumbem:

- I. Prestar assistência à parturiente e ao parto normal;
- II. Identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico;
- III. Realizar aepisiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

O decreto também discorre no parágrafo único do Art. 12, que as enfermeiras obstetras, são responsáveis por supervisionar as atividades da parteirarealizadas em instituições de saúde. Anteesse fato, a OMS (1996), ressalta seu caráter de separar o parto normal de sua condição patológica. Defende então que no parto normal deveria existir uma razão válida para se intervir em um processo natural, lembrando que a responsabilidade de quem acompanha estas mulheres é basicamente o de facilitar este processo natural.

A denominação do termo “Midwife” significa enfermeira obstétrica, parteira. Na Europa possuem curso superior com especialização em obstetrícia, com duração de quatro anos, são profissionais que fazem partos normais sem complicações.(BALASKAS, 1993:4).

Quanto a denominação internacional de enfermeira-parteira, conforme dita a OMS, a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e a CIP (Confederação Internacional de Partejas), informa que o programa de treinamento é reconhecido pelo governo que credencia a parteira a exercer suas atividades. Geralmente essa pessoa é uma competente prestadora de serviços de obstetrícia, especialmente treinada para a assistência ao parto normal (OMS, 1996).

No entanto, a OMS (1996)adverte ainda a importância da atuação de profissional qualificado, para prestar assistência obstétrica. A enfermeira-obstetra como é chamada no Brasil, é considerada a pessoa fundamental para a assistência obstétrica. Entretanto, alguns países enfrentam escassez destas profissionais especializadas. As que existem no Brasil estão mal distribuídas, com suas funções desviadas, trabalham em hospitais, não especializados localizados nas cidades grandes e capitais em maior escala que nas áreas rurais, onde ainda uma grande parcela das mulheres encontra-se desassistidas por profissionais com preparo técnico científico.

Cabe colocar, que o profissional qualificado que presta assistência, durante a gestação, parto e puerpério, deve ter sensibilidade para transmitir segurança, conforto e bem estar individualizado a mulher, aliando aos avanços científicos quando necessário e ao permitir o resgate da autonomia da mulher, no seu parto.(BRASIL, 2003).

Defronte ao problema exposto, o Ministério da Saúde após tomar conhecimento das inúmeras reclamações proferidas por parte dos usuários quanto ao insuficiente acesso e a má assistência recebida no setor público, decidiu disseminar programas que apontem resgatar o ser humano de cada profissional que atua na área de saúde, incentivando também a melhoria da estrutura física e material das instituições, a fim de criar condições viáveis as suas propostas.

Em conjuntura a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em maio de 2000 o Ministério da Saúde (MS),

através das portarias/GM 569/00; 570/00; 571/00 e 572/00 de 1/6/2000 instituíram-se também, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ao perceber a necessidade de atender de forma mais específica, grupos de risco, considerados mais vulneráveis por continuarem a evidenciar taxas apavorantes de morbimortalidade no andamento da gestação, parto e pós-parto, o que envolve de forma cruel e omissa duas ou mais vidas. O Programa tem como principal objetivo: aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, resgatando a imagem do serviço público de saúde, tão desgastado ao longo da história, perante a comunidade.(BRASIL, 2000).

Ultimamente foi lançado também o Pacto Nacional pela Diminuição da Mortalidade Materna e Neonatal, com o compromisso das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde em conjunto com outros órgãos de governo e entidades da sociedade civil. O objetivo é a redução da mortalidade de mulheres e de recém-nascidos em 15% até o ano de 2007, já que as complicações da gravidez, aborto, parto e pós-parto, atingem mais de duas mil mulheres e mais de oito mil recém-nascidos anualmente(BRASIL, 2004).

Essas medidas visam estimular uma atenção mais criteriosa e humanizada à população de forma geral, que busca o serviço público. Já o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, na busca pela redução as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, visa garantir a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2003a).

4.4 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTENCIA

A assistência ao trabalho de parto se concretiza por meio de processos de trabalhos, os quais, por sua vez, estão inseridos em um dado período histórico de desenvolvimento social e de compreensão do processo saúde-doença. Em princípio, a qualidade de um processo de trabalho de assistência à parturiente, ainda que efetivado sob uma dada composição de necessidades sociais, deve acatar às necessidades individualizadas de cada mulher e não às necessidades dadas apenas pelos sujeitos e suas instituições(LARGURA, 1998).

Ainda para Largura (1998), para fornecer essa assistência, é fundamental dispor de um profissional capacitado, idealmente um pediatra, além de enfermagem treinada para atender o recém-nascido, em número e nível de capacitação dependentes do grau de complexidade da instituição.

Bons serviços devem ser ampliados a toda a população e não ficarem limitados a minorias ou gestantes com acompanhamento particular, o que implicaria no acréscimo de número de leitos obstétricos em todas as regiões e profissionais capacitados. As cesáreas devem ser indicadas visando o bem estar fetal e materno e não por conveniência ou comodidade da gestante ou do profissional médico, que ao estabelecer os horários do nascimento pode conciliar seus empregos (CECATTI, 1997).

É imprescindível que se acompanhe de modo metódico os períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo que estas ações ocorram da forma natural e com participação ativa da parturiente e companheiro, em todos os serviços. No entanto, para que isto ocorra, o preparo deve ser iniciado já no pré-natal e no grupo de gestantes, com o objetivo de fortalecer as potencialidades das gestantes, estimular o parto normal e estimular o acompanhamento pelo companheiro de todo o processo. (CECHIN, 2002).

De acordo com Brasil (2001), a atenção ajustada à mulher no momento do parto importa um passo imprescindível para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

Nesse momento, a experiência que a mulher terá será relativamente prazerosa, positiva, e/ou possivelmente traumática, dependendo de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde. (CHOR, 2000).

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

relacionadas ao sistema de saúde, destacam-se a assistência pré-natal (incluindo ou não o adequado preparo físico e emocional para o parto) e a assistência ao parto propriamente dito. (HOTIMSKY et al., 2002).

Conforme Brasil (2001, p. 38), “existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras”. Assim como visto anteriormente, a humanização da assistência ao parto pode ser deliberada como sendo um processo que inclui a acomodação da estrutura física e equipamentos hospitalares, e a mudança de costume/atitude dos profissionais envolvidos e das mulheres.

No entanto, hoje em dia, os hospitais oferecem resistência em modificar seus métodos em obstetrícia além de serem escassos os que têm instalações/condições minimamente apropriadas para, por exemplo, permitir a presença do acompanhante para a gestante em trabalho de parto. (VIEIRA, 2002).

Desta maneira é indispensável a cadência entre discurso e a prática, a disparidade entre o que é preconizado e que é improvisado pode ser amortizada por meio da adoção de medidas de ordem gerencial, financeira, estrutural e educativa, propiciando às mulheres brasileiras um parto legitimamente humanizado. (CECHIN, 2002).

Nesse sentido, propor a importância do respeito à mulher e seus familiares, chamá-la pelo nome, permitir que ela identifique cada profissional, também pelo nome, avisar sobre as distintas práticas a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente limpo, acolhedor, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas, tranquilizá-la em suas ansiedades. Estes são modos relativamente simples e que exigem pouco mais que boa vontade do profissional (DAVIM; BEZERRA, 2002).

Ainda para Davim e Bezerra (2002), não existe uma única assistência "ideal" sensu latu, mas formas distintas de acompanhar a parturiente durante o período de dilatação, a depender das condições do local e da equipe de saúde que fará esse acompanhamento.

4.4.1 A Deliberação do Parto Cesáreo

Cesárea é uma intercessão cirúrgica originalmente idealizada para diminuir a precipitação das complicações tanto maternas quanto fetais durante o parto e nascimento. Como outra qualquer, esta intervenção também não está excluída de riscos a advindos das melhorias na segurança desta intervenção. Antes só se efetivava-se em mulheres mortas para salvar a vida do feto, a cesariana incidiu em proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade. Ao passo que a maioria dos autores adere que a cesárea deve ser impedida na ausência de indicação médica, outros descrevem que melhorias nas técnicas cirúrgicas, medidas para prevenir infecções e medidas com transfusões sanguíneas talvez iriam permitir um indicado do procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família. (PATAH, 2011).

Conforme Faúndes et al. (2004), os modelos de assistência ao parto e a realização de cesáreas são debatidos desde a década de 1980. A gama de fatores complexos que cercam o parto e sua assistência têm acendido questionamentos submergindo desde a condição da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres

O objetivo da assistência ao parto é cultivar, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o menor número de influências médicas, na busca de garantir a segurança de ambos. Assim, a OMS adverte que o profissional de saúde interfira no nascimento de uma criança somente quando imprescindível. Apesar dessa indicação, a incidência do parto cesáreo está crescendo em vários países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais. (OMS, 2005).

O parto cesáreo é cada vez mais frequente isso já em quase todo o mundo. As principais justificativas encontradas na literatura internacional para tais discrepâncias são fatores sociais, culturais, demográficos, e econômicos das gestantes, associados ao requerimento materno pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que abarcam aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, anteposições médicas e interesses econômicos (PATAH, 2011).

4.4.2 Modelo de Assistência no Brasil

No Brasil vale um modelo de atenção ao parto determinado como evento médico ou tecnológico, onde a gestante é tratada como paciente, os nascimentos são em grande parte, hospitalares e os médicos são os profissionais responsáveis pela sua execução do parto (DOMIGUES; SANTOS e LEAL, 2004)

Hotimsky et al., (2002), identificam que as taxas de cesárea apresentam como forte componente desencadeante de forma que se organizou a assistência obstétrica no sistema de saúde, privado e público, em que se ressaltam duas realidades bem distintas, cada uma com seu modelo peculiar de assistência ao parto.

Pequena parcela da população, correspondente a 25,9%, que possui planos ou seguros-saúde e, em função disso, pode escolher os profissionais médicos que desejar e negociar com eles o tipo de assistência médica que lhe convém. A clientela, assistida pelo Sistema de Saúde Suplementar ou que assume espontaneamente os custos em saúde, comumente é recebida pelo mesmo médico tanto no pré-natal como durante o parto, cultivando estreitamento quanto ao relacionamento médico-paciente. Em clínicas privadas, são frequentes os acompanhamentos meticulosos do pré-natal pelo médico que vai realizar o parto (PATAH, 2011).

A sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, que abrange atividades em consultório privados, atendimento ao parto em hospitais privados, plantão em hospitais públicos e, às vezes, atividades de ensino e pesquisa faz com que esse profissional não disponibilize seu tempo para aguardar o trabalho de parto, defendendo a decisão pela cesariana. (HOTIMSKY et al., 2002).

No Brasil, o aumento das taxas de cesariana foi observado predominantemente a partir de 1970, ressaltando a importância de identificar e estudar os fatores associados à determinação pelo tipo de parto. Na cadeia de assistência ao parto há múltiplos agentes, interessados e atuantes, influenciando todo o processo assistencial. Médicos, seguradoras (seguros de saúde para pacientes e seguros para médicos contra processos por má prática médica) e pacientes, além dos hospitais e do governo, por meio de políticas de

saúde, determinam a utilização de expressões médicas, o que torna necessário identificar a motivação de cada ator e seu efeito sobre esse uso (FREITAS, 2005).

Ainda para o mesmo autor, no sistema privado de saúde, algumas questões regionais e/ou metropolitanas de grandes centros urbanos do país passa a tornar a relação médico paciente mais complexa e conflituosa, como a interferência dos planos de saúde que intermediam as relações contratuais entre cliente e médico.

Para Patah (2011), o acesso às informações tem aumentado em todo o mundo, até mesmo no Brasil, com concludentes modificações nas decisões do cuidado à saúde. Há poucos anos, os pacientes exibiam seus sintomas aos médicos, que estabeleciam o diagnóstico e então indicavam o tratamento. Frequentemente, as recomendações eram aceitas pelas pacientes sem quaisquer questionamentos. As disposições eram confiadas apenas à equipe médica. Recentemente, na primeira visita pré-natal, já se abre discussão sobre o planejamento do nascimento, abrangendo preferências pela episiotomia, anestesia, uso de fórcepe, amamentação parto cesáreo e outros aspectos ressaltantes para a cliente, que hoje é munido de acesso a essas informações.

Presentemente, aproximadamente um quarto dos nascimentos do Brasil acontece nos serviços hospitalares privados, e as percentagens de cesárea no sistema de saúde privado alcançam dimensões em torno de 80% (BRASIL, 2006).

Já no sistema público, que oferta assistência à grande parte da população, as percentagens de cesárea chegam a média a 35%. No aparato público, os partos são efetivados por médicos plantonistas, sem vínculos com as pacientes e com remuneração que independe na maioria das vezes, da quantidade e do tipo dos partos realizados. Cogitando esse dualismo dos sistemas de saúde, nota-se no país grande disparidade regional das taxas de cesárea. Nas regiões onde a cobertura de planos de saúde são maiores, esse percentil de cesárea acompanham o ritmo. As regiões Norte e Nordeste expuseram em 2006 casos de cesárea da ordem de 34,6% e 33,8% simultaneamente, enquanto no Centro-Oeste, Sudeste e Sul concretizaram-se 50,6%, 53,1% e 51,3% desse procedimento (BRASIL, 2009).

As regiões Norte e Nordeste apresentaram a cobertura de planos de saúde de 38,2% e 37,3% para a população, concomitantemente. Entretanto as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram as seguintes dimensões de cobertura pelo sistema de saúde suplementar: 53,3%, 54,4% e 53% (BRASIL, 2009).

4.5 TÉCNICAS DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO TRABALHO DE PARTO

Atualmente qualquer método que seja não pode afirmar com certeza a eliminação de qualquer dor durante o parto, ainda porque existirão sucessivamente mulheres que desejam viver o nascimento do filho sem, entretanto sentir a dor pungente que provoca a expulsão da cabecinha do bebê. Hoje, com o desenvolvimento da "psicoprofilaxia" e da anestesia peridural, nenhuma paciente deve temer o desenrolar de um trabalho de parto. (LOPES, 2000).

Psicoprofilaxia é compreendida como um artifício no qual a paciente (a gestante) participa, entendendo cada fase da evolução, das modificações e dos sintomas que aparecem na gravidez. Através dessa captação alcançada com o auxílio do médico e pessoal adequado, a paciente é estimulada a fazer uma boa dieta, exercícios físicos e respiratórios. (MAGALHÃES, 2005).

Assim, afora um bom pré-natal, se tem a certeza que esse período entre o início do trabalho de parto em torno de mais ou menos 6 centímetros de dilatação, quando será investida a anestesia peridural após a qual a dor inexistente, será facilmente suportável pela paciente, provavelmente nem notada (CAMBIAGHI, 2001).

A realização da psicoprofilaxia na maternidade tende ensinar o pensamento (mente) e o corpo da mulher para o ato da parturição. O parto é um acontecimento natural, inauguralmente indolor ou comboiado de sensações dolorosas plenamente suportáveis. A criação de um círculo vicioso (medo-tensão-dor) seria o culpado pelas lamentações das pacientes. O conhecimento da fisiologia por parte das mulheres sobre a gestação e parto, ou seja, "o desconhecido" eleva o limiar da sensibilidade à dor. As gestantes são

habilitadas a fim de negligenciarem o corpo durante a contração uterina, o que suavizaria a tensão e seus aspectos negativos (CAMBIAGHI, 2001).

4.5.1 Fatores Emocionais que Refletem no Parto

A gestante deve tentar, dentro do possível, evitar distúrbios emocionais. Infelizmente alguns são inevitáveis. Entretanto, outros podem ser evitados. Ela deve evitar contatos ou conversas com pessoas que lhe venham vincular temor ou ansiedade, tais como relato de histórias ou problemas obstétricos, informações e recomendações errôneas. Em lugar disso, é mais importante estabelecer e manter boa comunicação com o médico. A paciente deve sentir que sempre tem alguém a quem recorrer para informação e para ter autoconfiança. Deve a gestante confiar no seu obstetra ou no enfermeiro obstétrico e discutir com este tudo o que a preocupa e atemoriza (CAMBIAGHI, 2001).

4.5.2 Estratégias não Farmacológicas para Alívio da Dor de Parto

O acompanhamento à parturiente no fase de trabalho de parto na maior parte das vezes envolve necessariamente suporte psíquico e emocional, contato físico para dividir o medo e a ansiedade para somar forças e estimular positivamente à parturiente no momento do trabalho de parto. Para tanto, o processo de humanização durante o trabalho de parto requer, além do acompanhamento do companheiro ou outra pessoa das intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto, como também a mudança de atitude da Instituição que deve estar estruturada e preparada para essa postura (BRASIL, 2003).

Diante disso, existem informações adequadas no benefício da dor de parto, seguindo uma abordagem farmacológica e não farmacológica. Dentre as não farmacológicas, podem-se citar a massagem; a visualização corporal; respiração lenta e modificada; juntamente com a atividade física; como a liberdade de posição, melhorando a circulação sanguínea e a ampliação do equilíbrio muscular; redução do edema; alívio do desconforto intestinal,

aliviando as câimbras, fortalecendo a musculatura abdominal, e, por conseguinte ajudando na recuperação pós parto (HANLON, 1999).

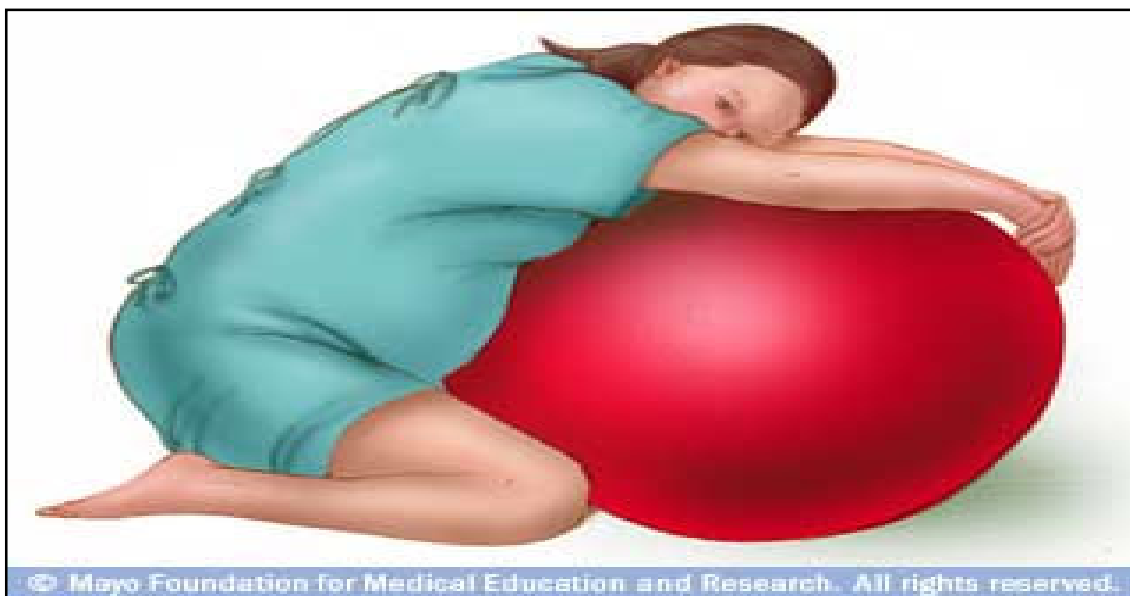
Alguns estudos científicos evidenciaram que o alívio da dor de mulheres em trabalho de parto é eficaz com a utilização não farmacológica. Dentre esses estudos pode-se citar um realizado (Ochiai; Gualda, 2000) com uma amostra de quarenta parturientes que objetivou estudar os efeitos do banho de chuveiro sobre a dor de parturientes no período de dilatação e as sensações referidas por essas mulheres durante o banho. Para tanto, estudaram quatro dimensões da dor: amplitude, utilizando a escala numérica e a de copos; manifestação de comportamento, localização e caracterização, com o uso de Questionário de Dor McGill. Os resultados mostraram que o banho de chuveiro no período de trabalho de parto não minimizou a dor, no entanto, promoveu sensações de bem-estar e conforto, como o alívio, relaxamento, melhora e revigoração.

4.5.3 Bola do Nascimento

Em um estudo realizado no pré-parto do Hospital Maternidade Sofia Fieldman, empregou a bola suíça (ou Bola de Bobath), também distinta como bola do nascimento, com parturientes na fase ativa do período de dilatação, identificaram que a emprego dessa bola proporcionou mais conforto entre e durante as contrações. Concluíram também que o uso da bola pode ser associado a outros recursos para o alívio a dor, como o banho quente no chuveiro e a massagem lombar. A bola foi considerada um dos recursos não farmacológicos para ajudar no processo fisiológico do nascimento. No chuveiro, a bola deve ser usada assentando a parturiente sobre a mesma deixando a água cair sobre os locais dolorosos durante as contrações. Fora do chuveiro, a bola pode ser associada com massagens para alívio da dor ou apenas para a parturiente sentar mais confortavelmente (LOPES, 2000).

4.5.4 Técnicas de Respiração e Relaxamento Muscular

Figura – 5 Relaxamento



Fonte: <http://www.amigasdo parto.com.br/poutras3.html>

No ano de 2006, o Ministério da Saúde, em uma pesquisa empregou técnicas de respiração e relaxamento muscular para minimização da dor de parturientes. Tendo como resultados, de que essas técnicas não reduziram a intensidade de dor, entretanto promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes por um tempo mais longo durante o trabalho de parto. Entretanto, outro estudo realizado em Goiânia (GO), no período de 2000/2001 com parturientes utilizando as mesmas técnicas de respiração e relaxamento muscular, foram observadas sensações de aumento na tolerância à dor, encorajamento e vigor a essas mulheres para vivenciarem a parturição por meio do bem-estar físico e psicoemocional (ALMEIDA et al., 2004).

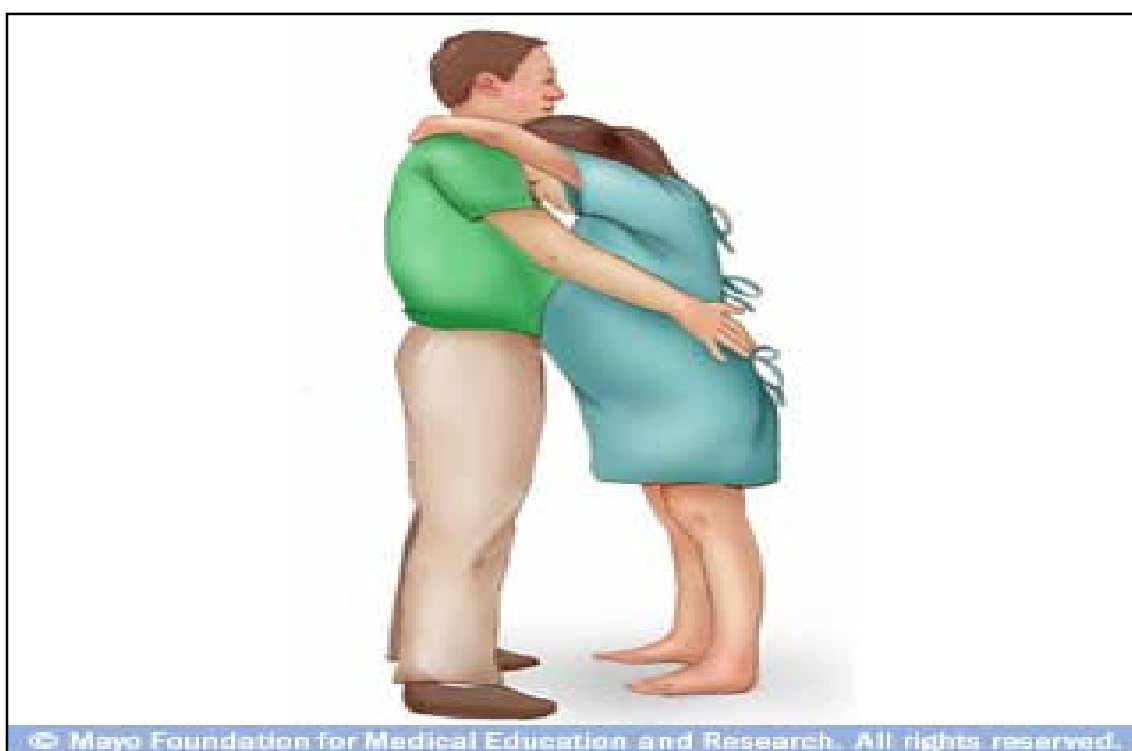
4.5.5 Enfermeira-Parturiente-Família

Em um estudo realizado com parturientes no preparo para o parto, Enfermeiras Obstétricas acreditavam no relacionamento Enfermeira-Parturiente-Família, favorecendo a vivência emocional dessas mulheres em

trabalho de parto. Para essas enfermeiras, o contato terapêutico junto às parturientes pode ser relacionado à massagem nas coxas, panturrilhas e pés, como terapia benéfica para o relaxamento, bem-estar, conforto e prazer da parturiente, o qual deve ser realizado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos acompanhantes dessas mulheres no trabalho de parto (SILVEIRA; CAMPOS; FERNANDES, 2002).

4.5.6 Deambulação/Liberdade

Figura – 6 Deambulação



Fonte: <http://www.amigasdo parto.com.br/poutras3.html>

Conforme um estudo de revisão da literatura sobre movimentação/deambulação no trabalho de parto, verificou-se que os efeitos da deambulação/liberdade de posição e da movimentação da mulher durante o trabalho de parto foram usados e preferidos desde a antiguidade, possibilitando menos dor, diminuindo o tempo do trabalho de parto, melhora na contratilidade uterina, além de oferecer mais conforto, assegurando também os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo assim, o risco de sofrimento fetal (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Em outras pesquisas foi observado que a deambulação auxilia no alívio da dor das parturientes quando associada à outras técnicas não farmacológicas como, por exemplo, o balanço pélvico, promovendo à mulher melhor evolução no trabalho de parto, alívio da dor, conforto e relaxamento muscular (BALASKAS, 1993).

Em estudo analítico de intervenção do tipo quase experimental com parturientes em trabalho de parto objetivando analisar os efeitos da deambulação na fase ativa do trabalho de parto, verificou-se que a quantidade de tempo deambulada durante as três primeiras horas, nesta fase está associada a um encurtamento da permanência do trabalho de parto, assim, sendo que, a cada 100 metros percorridos, ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira hora. Quanto aos escores de dor a pontuação dos mesmos aumentou à medida que a dilatação do colo uterino avançava. (MAMEDE, 2005).

4.5.7 Exercícios Físicos e Cursos para Gestantes

Compreende-se que, no decorrer da gestação, surgem sintomas que atrapalham o seu bem-estar, tais como dores nas pernas, costas, nervo ciático e, câimbras, "formigamento" nas mãos e pés, etc. Essas queixas sendo de grande importância para a gestante, principalmente as que irão ter o primeiro filho, são bastante comuns e existe uma grande dificuldade em tratá-las. Isso porque essas alterações são provenientes das mudanças anatômicas do organismo, normais para uma gestante, decorrentes do aumento de volume do útero que, no período não gravídico, mede aproximadamente 7,5 cm e progressivamente, até o fim da gravidez, alcança 34 a 40 cm, conforme o tamanho do bebê. As mudanças metabólicas são também de fundamental importância. Não existe organismo que suporte essas alterações sem apresentar, principalmente, distúrbios circulatórios, articulares e do posicionamento da coluna (MAGALHÃES, 2005).

Os exercícios específicos para gestantes visam dar maior flexibilidade ao corpo, melhorar a circulação das veias (principalmente das pernas), aumentar o tônus muscular e formar a consciência de uma postura vertebral

correta. Os cursos que se preparam gestantes dão maior amplitude aos esclarecimentos, pois, além dos exercícios físicos contidos nos cursos, também se orienta o relaxamento e respiração para o parto normal, cuidados com o bebê recém-nascido e ainda propiciam uma terapia psicológica pelo contato com outras gestantes (CABRAL; AGUIAR; VITRAL, 2002).

Não há nenhuma contraindicação para a prática de exercícios na gestação, desde que, sejam racionais e bem dosados (exceção aos exercícios de impacto e violentos). A grávida pode continuar a praticar qualquer esporte a que esteja habituada, devendo estar ciente de que se cansará com maior facilidade. Natação, ioga e hidroginástica são exercícios muitíssimo recomendáveis. Os exercícios dos cursos de preparação para o parto são altamente benéficos e recomendáveis, pois além de permitir uma participação mais ativa da paciente durante o trabalho de parto, constituem-se em importante fator eliminador das angústias próprias à gestação (CAMBIAGHI, 2001).

4.5.8 Tecnologias Apropriadas

Segundo Prado, (2005) em período do século XX, e em especial em sua segunda metade, observou-se uma disposição exacerbada em todo o mundo, e também em países em desenvolvimento, da instrumentalização e medicalização da atenção obstétrica. Concomitantemente como conhecimento sobre a institucionalização do nascimento e suas consequências evidentes sobre a melhoria da mortalidade e morbidade tanto materna quanto o perinatal, houve uma tendência, ainda em acréscimo em muitos lugares, de ampliação exagerada da utilização de alguns procedimentos como o do parto por cesárea, o uso rotineiro da episiotomia, a monitorização fetal eletrônica e o uso rotineiro de ocitocina.

Conforme o autor acima citado, embora admitindo a utilidade dos procedimentos em muitas situações integradas à gravidez e ao parto, de maneira alguma é válida ou foi confirmada a associação instintiva da utilização destes recursos de forma aumentada para gestações de baixo risco com bons resultados. Ao oposto, existem inúmeras evidências mostrando que sua

utilização em situações e proporções além do necessário associa-se com aumento da morbidade materna, mortalidade materna e morbidade perinatal.

Magalhães (2005) descreve que com analogia às tecnologias obstétricas adequadas para o manejo de complicações maternas no período de trabalho de parto, especialmente para aquelas mais frequentes em locais de poucos recursos, existem múltiplas evidências sobre a efetividade de um conjunto de procedimentos, condutas e terapêuticas para seu controle. O manejo do parto obstruído, é ainda o responsável por importante quantidade da mortalidade materna no mundo em desenvolvimento, possivelmente constitui bom exemplo desta situação.

O parto obstruído ocorre ainda apesar de procedimentos para seu controle ou prevenção, como o uso rotineiro do partograma, a disponibilidade de salas para a prática de procedimentos cirúrgicos, como cesárea ou vácuo-extração, contando com adaptação de técnica e de equipamentos e de recursos humanos. Outras condições têm efetividade aprovada neste contexto, como a prevenção da convulsão na eclâmpsia através do emprego do sulfato de magnésio, a prevenção da sepse puerperal com uso de antibioticoterapia para profilaxia sistemática nos casos de cesárea, e também a prevenção da hemorragia puerperal pela utilização dos procedimentos do manejo ativo do terceiro período, o uso de misoprostol ou ocitocina como drogas uterotônicas, a tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina abdominal suave até a dequitação (MAGALHÃES, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do desenvolvimento desse trabalho, pôde-se obter a oportunidade de aprofundamento no assunto sobre o valor da assistência de enfermagem no parto humanizado, contribuindo com subsídios teórico-práticos à enfermagem, no sentido de fornecer informações em condutas a serem tomadas pela enfermagem durante a assistência ao parto.

Diante do amplo conhecimento elevado com a contribuição de outros autores, foi possível observar que a problemática estudada tem despertado a atenção de vários profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos com a realidade investigada e através de pesquisas fundamentadas, manifestaram o desejo de mudar os cotidianos cruelmente banalizados e desumanos, que habitam em nossas maternidades.

Com esta perspectiva houve o ensejo sobre toda a história da humanização no parto, fator importante para o entendimento das evoluções da assistência de enfermagem debatendo a capacitação do enfermeiro no decorrer dessa assistência e tratando ainda das etapas adotadas para que de fato ocorra o parto humanizado com total assistência à mulher pelo profissional enfermeiro no trabalho de parto.

Humanização como espaço ético, requer o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais (BACKES et al., 2006).

Assim, a pesquisa bibliográfica pretende contribuir com a sensibilização de profissionais de saúde que assistem a mulher, a adotarem condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê, como também a família e sociedade a se sentirem responsáveis pelo nascimento, como um processo natural e humano, com ética, compromisso e solidariedade, a fim de resgatar um dos principais papéis da mulher, que é o de ser mãe, com autonomia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.S.; DO VALE, I.N. **Enfermagem Neonatal e aleitamento materno**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/enfermeira.html>>. Acesso em 20 de outubro 2011.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques, FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes. **Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, p. 358-367, 2004.

ALVES; SILVA, A. M. S (Orgs.) **Avaliação da qualidade de Maternidades: Assistência à mulher e seu recém nascido no SUS - UFMA/UNICEF - São Luís, 2000.**

BACKES, D.S., LUNARDI, V.L., LUNARDI, W.D.FILHO. **A humanização hospitalar**

BARROS, Sonia Maria O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole LTDA. 2006.

BARROS, Sonia Maria O; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. 1º ed. São Paulo: Roca LTDA. 2002.

BASILE, A. L. P. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral esquerda**. São Paulo, 2000.

BOST, B.W. **Cesarean delivery on demand: what will it cost?** *Am J ObstetGynecol.* 2003;188(6):1418-23.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização. 2005**. [on-line] Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 21 de outubro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. FEBRASCO/ABENFO. Brasília, 2001.

BRASIL, Secretaria de políticas Públicas de Saúde. **Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher**. 2ª ed. Brasília-DF, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar**. Brasília; 2006. [citado 2007 mar 25]. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp Acessado em 15 de outubro de 2011

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 de 10 de Outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos**. Cadernos de Ética em Pesquisa. N.º 1. Julho. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos (IDB)**, 2009. Disponível em <HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2009/f15.def>Acessado em 17 de outubro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **MS capacita profissionais para atender mães e bebês**. Brasília; 2009. [citado 2009 jun 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10229 Acessado em 18 de novembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **PHPN- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000.

BRUGGEMANN OM. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização**. In: ZAMPIERI MFM OLIVEIRA ME, BRUGGEMANN OM. **A melodiada humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p. 23-36

CADERNOS SAÚDE COLETIVA. Universidade Federal do Rio de Janeiro, **Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva**, v.XIV, n.3 (Set, 2006).

CAMELO, Floriano. **Quando o parto era ofício das parteiras**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARRARA, H.H.A.; DUARTE, G. Semiologia obstétrica. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 88-103, jan./mar. 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n1/semiologia_obstetrica.pdf>. Acesso em: 16 set. 2012.

CARVALHO, V. Qualidade na formação da enfermeira para atuação na área perinatal: considerações substantivas e adjetivas do perfil profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 2., 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras, 2000. p. 15-25.

CASATE, J.C., CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem, Ver. Latino-am Enfermagem, jan- fev, 13(1):105-11, 2005.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M.; GOLDEMBERG, P. **Cesárea no Brasil: Um direito?**– In: Galvão, L e Diaz J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1997.

CECHIN, P. L. **Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 55, n. 4, p. 444-448, 2002.

CHOR, D. **Modificações na atenção ao parto: contribuições de um estudo epidemiológico**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2000.

COLLET N, ROZENDO CA. Humanização e trabalho na enfermagem. RevBraz Enfermagem 2003; 56(2):189-92. como expressão da ética. Ver latino-am enfermagem, 14(1):132-5. jan- fev, 2006.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no Projeto Midwifery: um relato de experiência**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 727-732, 2002.

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

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **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=S141381232005000300026 Acesso em 19 de outubro de 2011.

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.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Medicina. São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Disponível em: <<http://www.google.com/search?q=cache:uA7dP7oppvkJ:www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf+humaniza%C3%A7%C3%A3o+da+assist%C3%A2ncia+ao+parto&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=7&gl=br>>. Acesso em 18 de outubro de 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M; SANTOS, M. C. L; LEAL, M. C. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate.** Caderno de Saúde Pública, v. 20, supl. 1, p. 52-62, 2004.

DOMINGUES, R.M.S; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. **Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate.** *CadSaude Publica*. 2004;20Suppl1:S52-62.

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

ERDMANN, A.L. **O Sistema de Cuidados de enfermagem; Sua Organização nas Instituições de Saúde.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.7. n.2. Maio/Ago, 1998.

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

FAÚNDES, A.; PÁDUA, K.S.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; SOUZA, M.H. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto.** *RevSaude Publica*. 2004;38(4):488-94.

FREITAS, P.F.; DRACHLER, M.L.; LEITE, J.C.C.; GRASSI, P.R. **Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul.** *RevSaude Publica*. 2005;39(5):761-7.

FREITAS, B.P. O assistente social na assistência hospitalar eo desafio da humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional / Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GIFFIN K, COSTA S.H. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

GIUGLIANI, E. R. J. **O Aleitamento Materno na prática clínica.** Jornal de pediatria. v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000. Disponível: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-s238/port.asp?cod=161>>. Acesso em: 22 de outubro de 2011.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1ª.ed. São Paulo: Rideel, 2002.

HODNETT ED, OSBORN RJE. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health* 1989;12:289-97.

HOFMEYR GJ, HANNAH ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008;2. Oxford: Update Software Ltd.

HOTIMSKY, S.N; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BOGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.** *CadSaude Publica*. 2002;18(5):1303-11.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMA, A. K. K. **Revisitando o desmame precoce através de recortes da história.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 10, n.4, p.578-85, 2002.

LARGURA M. **Assistência ao parto no Brasil.** Disponível em World Web [http://www. partohumanizado.com.br/cap9.html](http://www.partohumanizado.com.br/cap9.html). Acesso em 23 Outubro 2011.

LARGURA, M. **A Assistência ao Parto no Brasil.** São Paulo, 1998. p.76.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman.** *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.9 n.3, maio 2001.

LEÃO, M.R.C. Doulas, apoiando as mulheres. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio; 9(3):90-4. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf

LIMA, J. V.; SIEBRA, G. O. V. Assistência ao parto/perspectivas de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v. 20, n.1/2/3, p. 79-82, jan./dez. 2006.

LIPOVETSKY, Gilles. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

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.

NARCHI, N. Z. Aspectos legais do ensino e exercício profissional da enfermeira obstétrica: transformações e perspectivas. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 3., 2001, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de

Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001, p. 93-101.

NASCIMENTO, M.G.P.; SANTOS, O.M.B.; SOUZA, M.L. **Vivenciando o processo do nascimento**. Revista Texto & Contexto Enfermagem, v. 6, n. 1, p. 157-167, 1997.

ODENT M. **O renascimento do parto. Florianópolis (SC): Saintgermain; 2002.**

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2005**. Geneva; 2005. Recém-nascidos nunca mais passarão despercebidos; p.95.

OSAVA, R. H. **Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde**, São Paulo: Nursing, revista técnica de enfermagem, n.6, p.10-11, fevereiro 2003.

OSAVA, R.H. **Assistência ao Parto no Brasil: O lugar dos não médicos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1997. Tese doutorado em saúde materno- infantil.

PANUZZIO, Danielle; NASCIMENTO, Grasielle Augusta Ferreira. Proteção ao Trabalho da Mulher no Limiar do Século XXI – O Direito e a Ética na Sociedade Contemporânea. Campinas: Alínea, 2006, pp. 163 - 164.

PATAH LEM. Por que 90%? **Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV; 2008.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf and MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 185-194. ISSN 0034-8910.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo. Cortez editora, 1989.

PRADO AA. **Resgatando o parto**. Disponível em World Web <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html>. Acesso em 23 de Outubro 2011.

PROGIANTI JM, BARREIRA IA. **A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX**. R Enferm UERJ 2001; 9: 91-7.

PROGIANTI, J.M; BARREIRA, I. A. **A Obstetrícia do saber feminino a medicalização: da época medieval ao século XX**. Revista Enfermagem. UERJ. Rio de Janeiro. V.9. n.1, 2001.

REZENDE, J. de. **Obstetricia**. 8. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

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

ROLIM, K. M. C; CARDOSO, M. V. L. M. L. **O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100012>. Acesso em: 19 de outubro de 2011.

SABATINO, H.; DUNN, P.; CALDEYRO BARCIA, R. **Parto Humanizado - Formas Alternativas.** Campinas, Editora da Unicamp, 1992.

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

SATO R, BRITO IPM. **Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra.** Disponível em World Web <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgsearch.asp?Id=295411072002.asp> Acesso em 23 Outubro 2011

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

SOFIA. Feldman, Hospital. **Guia de Práticas Assistenciais.** Assistência ao parto e nascimento: celebrando a vida e o amor. 3º ed, 2009.

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

TANAKA, A. C. **Maternidade - Dilema entre nascimento e morte.** São Paulo - Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** Revista Baiana de Enfermagem. V.9. n.1. Abr. 1996.

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

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURNER, J. **Sociologia: Conceitos e aplicações.** SP, Marron Books, 2000.

TYRRELL, R.A.M. **Centro de Parto Normal. Nursing.** Revista Técnica de Enfermagem. São Paulo. Nº 32. 2001. Ano 4.

VAITSMAN e 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 20 de outubro de 2011.

VARGENS OMC, PROGIANTI JM. **O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem.** Rev Enferm USP 2004; 38: 46- 50.

VENÂNCIO, S. I. **Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades.** Jornal Pediatria, 79 (1): p.1-2, 2003. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927>. Acesso em 19 de outubro de 2011.

VIEIRA EM. **A medicalização do corpo feminino.**Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

WAGNER, M. **Fish can't see water. The need to humanize birth.***Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(Suppl 1):S25-37.

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

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