

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM**

MARCELLA BRITO MADRUGA

**ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO NO PERÍODO DE
PARTURIÇÃO:
UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**NATAL / RN
2011**

MARCELLA BRITO MADRUGA

ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO NO PERÍODO DE
PARTURIÇÃO:
UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia apresentada à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso, na
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do
Norte.

Docente: Prof^a Izete Pereira

Orientadora: Prof^a Mariluce O. de
Araujo.

Natal/RN

2011

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. OBJETIVOS.....	06
2.1 OBJETIVOS GERAIS	06
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	06
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	07
3.1 GRAVIDEZ E PARTO	07
3.2 HISTORIANDO A ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍDO DE PRÉ- PARTO, PARTO E PÓS-PARTO.....	08
3.3 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.....	10
3.4 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À MULHER NO PERÍODO DE PARTO.....	14
4. METODOLOGIA.....	17
5. DISCUSSÃO E RESULTADOS FINAIS.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7. REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

Na antiguidade, as maneiras instintivas de sobrevivência imperavam perante homens e mulheres, os quais não tinham sequer conhecimento do ato de parir. Por este motivo não davam muita importância ao parto e nascimento. Em princípio, as mulheres davam a luz isoladamente, sem o mínimo de atenção e cuidados. No decorrer dos anos, as próprias mulheres começaram a auxiliar-se na hora do parto, sendo assistidas pelas mulheres mais velhas, que por sua vez, foram adquirindo habilidades e práticas através de conhecimentos empíricos, e assim transmitidos entre gerações (REZENDE, 1998).

No Brasil, os maiores avanços tecnológicos na área da saúde chegaram por volta do século XIX, atingindo as principais capitais do país. Houve, neste período a instalação de hospitais somente nas maiores cidades e o parto passa a ser realizado nesses hospitais. Mas nem todas as mulheres podiam parir em hospitais, somente aquelas de famílias mais abastadas e que moravam nas grandes cidades. Por sua vez, o médico tinha dificuldades em atender todas as gestantes, pois nem todas moravam onde existia hospital, dando assim, lugar ao trabalho das parteiras. Estas por sua vez, eram tidas como agentes da assistência e desta forma, a experiência do nascimento acontecia, na grande maioria, nos domicílios (CECAGNO, ALMEIDA, 2004).

A prática do parto hospitalar difundiu-se progressivamente, após a segunda guerra mundial, quando novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foram sendo incorporados pelos médicos, reduzindo, drasticamente, a morbidade e a mortalidade materna nas intervenções praticadas no parto hospitalar (TANAKA, 1995).

Embora a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle nos índices de morbi-mortalidade materna e infantil, houve incorporação de grande número de intervenções desnecessárias. Além disso, o parto hospitalar afastou a mulher de seu ambiente, colocando-a em local desconhecido e, na maioria das vezes, pouco

acolhedor. Esta nova prática acabou tornando a experiência do nascimento alienante e desumana (GUTIERREZ; TONETO, 2009).

Na tentativa de minimizar a experiência da institucionalização do parto, o distanciamento e a experiência de um ambiente pouco acolhedor, surge o termo humanização da assistência ao parto e nascimento, ao qual se refere ao conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes saudáveis que visam à promoção e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. (BRASIL, 2001). Estas propostas de ações assistenciais procuram garantir que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos à saúde da gestante e do recém-nascido, evitando intervenções desnecessárias e estabelecendo, assim, uma relação de respeito, preservação da privacidade e autonomia da gestante (BRASIL, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como objetivo principal: assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2001, p. 5).

Sem dúvida alguma, uma assistência humanizada se faz necessária em qualquer categoria profissional, mas não se pode negar que a Enfermagem tem uma afinidade maior aos preceitos desse processo. Isso decorre da sua formação acadêmica a qual prima pelo fortalecimento da visão humanista do acadêmico, fazendo com que o mesmo reflita sobre o cuidado prestado às pessoas (SOUZA et al., 2008). Este enfoque humanista na formação do enfermeiro acarretará num profissional com a competência e habilidade necessária para prestar assistência de qualidade.

No que se refere ao fenômeno do parto, dentro do enfoque de uma assistência humanizada, a equipe de saúde que assiste a parturiente, e dentre deles o enfermeiro, deverá estar atento a todas as diretrizes dessa prática, consolidando assim o direito à cidadania dessas mulheres em um momento tão importante de suas vidas.

Conforme o Ministério da Saúde, a Lei nº 11.108 de 7 abril de 2005, torna obrigatória a presença de um acompanhante, da escolha da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, devendo a

equipe de saúde que assiste a parturiente reconhecer como uma medida de humanização ao parto. O apoio emocional e a segurança que o acompanhante traz com a sua presença é comprovadamente eficaz, pois auxilia a mulher a suportar a dor, o nervosismo e a consequente explosão de sentimentos. Logo, o acompanhante necessita da colaboração dos profissionais enfermeiros quanto às orientações/informações adequadas, para que este possa colaborar durante o processo parturitivo permitindo diminuir possíveis complicações (MOURA et al., 2007).

A falta de informação e de humanização dos profissionais, geram uma instabilidade na gestante e, por isto, muitas sofrem por não saberem como proceder no parto, bem como, as possíveis intervenções, além de possuírem dúvidas de como cuidar do recém nascido. (BRUGGEMANN, et al., 2007).

Frente a esta realidade e as experiências vivenciadas durante a prática da disciplina de Saúde da Mulher, surgiu o interesse de estudar essa temática, Nesta oportunidade, foi possível observar que algumas gestantes ao chegarem na unidade hospitalar, aparentavam nervosismo, ansiedade, frente a uma situação totalmente nova para elas e sua família.

Por outro lado, os profissionais de saúde que atendiam essa gestante, em particular, a equipe de Enfermagem, aparentava não estar devidamente preparada para atender adequadamente essa gestante e sua família. Seria por acúmulo de trabalho ou falta de conhecimento?

Assim optou-se em estudar mais profundamente este tema e verificar se a assistência prestada pelo enfermeiro à parturiente no período de parturição está sendo realizada de forma adequada, ou seja, uma assistência humanizada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a assistência prestada pelo enfermeiro à parturiente, no período de pré-parto, parto e pós-parto.

2.1.1 Objetivo Específico

- Conceituar a assistência humanizada à parturiente;
- Descrever o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
- Citar a atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 GRAVIDEZ E PARTO

A gravidez é um evento social que envolve vários fatores, é um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e da família. A gestação constitui uma experiência humana das mais belas, e se bem acompanhada, torna-se a realização de um sonho para a maioria das mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

As mudanças no organismo materno ocorrem através de uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Assim, durante as 42 semanas de gravidez, o organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais têm como finalidade a adaptação, a manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação; mãe e feto formarão uma unidade fisiológica com um meio interno incomum. (BARROS, 2006, p.19)

Durante a gestação a mulher passa por sucessivas transformações que ocorrem do instante da concepção até o nascimento do novo ser. O corpo feminino manifesta essas modificações, dando início a um período significativo de sensações e emoções diferentes que acompanharão a gestante ao longo dos nove meses (MACHADO 2001).

As modificações físicas são marcantes para a gestante, no entanto, outras modificações também ocorrem em nível de vínculo mãe e filho, pois este vínculo se inicia ainda na gestação como resultado da grande teia de alterações físicas e psíquicas comuns a este período. O vínculo estabelecido durante a gestação possibilita uma mudança na relação da mãe com seu filho à época do nascimento. O vínculo não teria significado se o relacionamento não tivesse iniciado durante a gravidez (ZAGONEL 1999).

Um dos momentos na vida da mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não, pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre

outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante (ALVIM, 2007).

A mulher sendo bem preparada durante o pré-natal, recebendo todas as informações e orientações pertinentes a gestação, ao parto e ao puerpério, enfrentará e passará por todos estes períodos com mais tranquilidade, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas (BURROGHS 1995).

O parto é um evento anunciado e esperado pela gestante e seus familiares, repleto de significados que são construídos dinamicamente na cultura. As mulheres elaboram suas expectativas em relação ao momento do parto a partir de experiências anteriores, de materiais educativos e da televisão, através de informações e conversas com outras mulheres (GREEN et al, 2003).

O conceito de Parto Humanizado ainda não está de todo o modo incorporado dentro da “práxis” obstétrica brasileira. O conceito de humanização do parto esbarra sempre no conceito de humanização da própria assistência hospitalar. Entretanto, o que diferencia um parto humanizado de um parto não humanizado ou medicalizado? O cuidado humanizado começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares; é capaz de estabelecer uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais. Para a sistematização da humanização do parto, algumas regras precisam ser seguidas e incorporadas pelas equipes multiprofissionais (BRASIL, 2001).

3.2 HISTORIANDO A ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

No passado, o parto era acompanhado por mulheres em ambiente domiciliar, por parteiras ou comadres, que eram pessoas de confiança da gestante ou de experiência reconhecida na comunidade, que tinham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução (PROGIANTI et al, 2001).

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e

institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina (BRUGGEMANN et al, 2001).

A partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que levou a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo. Ela perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente e foi oferecido para mulher e seu bebê uma assistência com aparente segurança (SILVA et al., 2001).

Assim, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral; o medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência, impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas (BRASIL, 1996).

Essa realidade passa a preocupar e inquietar estudiosos da área, que através de seminários, palestras e congressos começam a difundir entre a comunidade científica, a necessidade de mudar esta situação, através do resgate da mulher como protagonista no processo de parturição. Quanto as profissionais da área de saúde que assistem essa gestante, proposta de uma assistência diferenciada e mais humana é difundida.

Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência. Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto (CASTRO, 2005, p.961)

Diante de tais acontecimentos, propostas de ações e problemas de saúde das mulheres grávidas, foram incorporadas aos programas governamentais. Ficam definidas consultas de pré-natal, porém, de forma

espaço, sem sistematização clínica, com o objetivo único de identificar os problemas de saúde da gestante e do feto.

Neste contexto, evidenciam-se os efeitos da medicalização na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal o qual origina, por parte dos movimentos populares (movimentos feministas) e do movimento sanitário brasileiro, mudança nesse modelo assistencial.

Assim, o Ministério da Saúde lança em 1983, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM – que tem como propostas fundamentais ações relacionadas a gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção do câncer ginecológico, diagnóstico e prevenção das DSTs e sexualidade.

Apesar dos avanços significativos no tocante assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal, o funcionamento do PAISM não foi satisfatório; dificuldades públicas, financeiras e operacionais, impediram ser o agente transformador esperado.

Assim, na busca de uma assistência de qualidade, o MS implantou no país o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, que apresenta como objetivos a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, acesso ampliado as consultas de pré-natal com critérios estabelecidos e vinculados entre a assistência ambulatorial e o momento do parto.

3.3 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador e instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN - (BRASIL, 2000).

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do Programa, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da

humanização como novo modelo de atenção. Na cartilha de apresentação do Programa, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização:

“A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. (BRASIL, 2000, p5).

O PHPN apresenta uma estruturação com três componentes: o primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo componente apresenta as questões relativas à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente institui uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar seus objetivos (DIAS, 2005).

Em 2005 a Coordenação do PHPN avaliou o Programa e identificou os seguintes problemas:

- Desorganização no processo de trabalho do PHPN;
- Déficit no número de gestantes cadastradas no PHPN em relação ao número de gestantes cadastradas no SIAB;
- Déficit na conclusão de gestantes quando comparada com o número de nascidos vivos;
- Não realização de exames e procedimentos preconizados na Portaria nº 569/570;
- Desconhecimento e desmotivação dos profissionais de saúde com o PHPN;
- Alimentação incorreta do SISPRENATAL;
- Dificuldades para a formação de grupos educativos para gestantes;

- Perda de incentivos financeiros pelo não atendimento dos procedimentos preconizados na Portaria nº569/570;
- Ausência de educação permanente para os profissionais.

Por conta desse diagnóstico, a coordenação do PHPN, com base na Portaria MS nº569 e 570, estabeleceu diretrizes e normatização para o caderno do SISPRENATAL, a consulta de enfermagem para pré-natal e a consulta puerperal.

A normatização do SISPRENATAL implantada em 2005 incluía os seguintes tópicos:

- Obrigatoriedade de consulta de todas as gestantes identificadas com a enfermeira e o médico;
- Equiparação administrativa do cadastro da gestante como registro de primeira consulta, eliminando-se a necessidade outro registro no boletim;
- Obrigatoriedade de cadastramento das gestantes entre 30 dias e 120 dias de gestação (4º mês da gestação);
- Organização do fluxo e periodicidade das consultas de pré-natal, criando-se a lógica do atendimento imediato (consulta realizada no mesmo dia do cadastramento) pelo médico e aprazamento entre as consultas médicas e de enfermagem (15 dias);
- Organização da logística para solicitação dos formulários (Relatório de Ficha Cadastral, Boletim Diário da Gestante e Cartão da Gestante) ao Almoxarifado;
- Centralização da numeração do Cadastro na SMS, junto à Coordenação do Programa Saúde da Mulher;
- Orientação para utilização do caderno do SISPRENATAL, visando o monitoramento permanente do status das gestantes, facilitando o trabalho das enfermeiras de PSF;
- Responsabilização das enfermeiras para o preenchimento e assinatura do Boletim Diário de Gestante;
- Monitoramento das gestantes cadastradas de cada USF atendidas em serviços especializados através de visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde, com registro no boletim diário das gestantes e alimentação do sistema;

- Estabelecimento de prazo para entrega de boletins, cadastros e relatórios das unidades junto à Coordenação do Programa.

Baseado na Portaria nº570 em 01/06/2000 do Ministério da Saúde:

1) Realização de no mínimo 06 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre de gestação. 06 consultas pré-natais com intervalo de 15 dias ou mais entre uma consulta e outra, inclusive entre a última consulta de pré-natal e a consulta de puerpério.

2) Realização de uma consulta/ visita domiciliar no puerpério até 42 dias após o nascimento.

3) Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) ABO RH – Na 1º consulta

b) VDRL – um exame na 1º consulta e um 30º semana de gestação (1º trimestre e 3º trimestre gestacional)

c) URINA - um exame na 1º consulta e um 30º semana de gestação (1º trimestre e 3º trimestre gestacional)

d) GLICEMIA EM JEJUM - um exame na 1º consulta e um 30º semana de gestação (1º trimestre e 3º trimestre gestacional)

e) HEMOGRAMA COMPLETO - Na 1º consulta

f) Oferta de testagem do HIV com consentimento verbal do casal na 1º consulta

g) Oferta de sorologia de TOXOPLASMOSE na 1º consulta

h) Exame de Hepatite B preferencialmente no 7º mês de gestação

4) Realização do calendário vacinal antitetânica:

a) Mulheres com vacina realizada mais de 05 anos: IMUNIZADAS

b) Mulheres com vacina realizada mais de 05 anos: Antecipar o reforço e realizar no 6º ou 7º mês de gestação.

c) Mulheres não imunizadas: 1º dose no 4º mês de gestação, 2º dose no 6º mês de gestação, 3º dose no 8º mês de gestação ou no puerpério.

OBS: 1) Priorizar o intervalo de 60 dias entre as doses.

2) Não realizar a 3º dose 20 dias antes do parto

5) Classificação de risco gestacional a ser avaliado na 1ª consulta e nas subseqüentes.

6) Encaminhamento das gestantes de alto risco para o serviço ambulatorial médico de referencia em alto risco e hospitalar.

Foi solicitado de todos os profissionais envolvidos, especialmente das enfermeiras, empenho e dedicação para com o programa, afim de que se implantasse no município uma assistência humanizada e qualificada do pré-natal, melhorando a qualidade de vida das gestantes com a prevenção dos riscos de morbi - mortalidade neste período de vida (DIAS, 2005).

3.4 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À MULHER NO PERÍODO DO PARTO

O objeto do trabalho do enfermeiro é o cuidado ao ser humano, e como tal, esse cuidado deverá atender a todas as suas necessidades de uma forma holística.

O nascimento de um filho para muitas mulheres é uma experiência estressante para a mulher, para seu companheiro e para outros membros da família, o apoio constante do enfermeiro pode ajudar a atenuar o estresse emocional e o desconforto físico durante esse período, ou seja, a assistência sendo prestada de forma humanizada. Além de oferecer apoio contínuo à gestante e sua família, a enfermeira também desempenha um papel fundamental ajudando a pessoa que acompanha a gestante e atuar de forma eficaz (BRANDEN, 2000).

Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respaldo do direito da mulher à privacidade, à assistência humanizada e de qualidade e o apoio familiar durante a parturição, transformaram o nascimento num momento único e especial (BRASIL,2005).

Na sua formação, o enfermeiro adquira as competências e habilidades necessárias para prestar com qualidade a assistência ao indivíduo, família, e comunidade.

Em relação às funções do profissional de enfermagem, dentro da assistência humanizada ao parto, pode-se enumerar as seguintes:

- Acompanhamento das mudanças científicas e tecnológicas, preocupando-se com as ações integradas ao ser-sujeito, objeto do seu cuidado: a família e a amamentação.
- Aplicação da ciência para humanização da arte de amamentar.
- Aprendizado contínuo sobre a amamentação, ensinado sempre o aleitamento materno (talvez esta seja a maior missão do enfermeiro).
- Postura profissional para responder às necessidades e demandas de saúde da população, com a realidade da amamentação.
- Atendimento às mães, familiares e comunidades sempre que solicitarem auxílio ou demonstrarem insegurança.
- Conhecimento científico da amamentação (inclusive as técnicas) para facilitar a interação sólida e duradoura com a mãe, pai e comunidade.
- Confiança na capacidade da mãe em amamentar o seu filho, concomitante aos ensinamentos e orientações de como proceder.
- Educação sobre o aleitamento materno, baseado na análise do ser humano e suas necessidades bio-psicossociais.
- Ensino, cuidado e assistência ao casal que amamenta. Este é um compromisso biopsicossocial e de cidadania.
- Gerenciamento da promoção, apoio e prática do aleitamento materno, garantindo, por meio da educação continuada, uma assistência mais completa e humana.
- Promoção da integração da Enfermagem com os demais profissionais da saúde materno-infantil, de modo que todos assegurem pronto atendimento à gestante e à nutriz.
- Organização das habilidades para criar parcerias entre hospitais, escolas e comunidades.
- Obtenção de conhecimentos teóricos objetivando transmiti-los, modificando condutas, demonstrando os benefícios e a importância do laço afetivo mãe-filho, gerado pela prática saudável da amamentação.
- Respeito aos sentimentos pessoais da mulher em relação à amamentação, e à individualidade de cada caso.

- Superação das situações que dificultam o aleitamento, extinguindo os fatores negativos e promovendo os facilitadores para cada casal (RIESCO e FONSECA, 2002).

4. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa do tipo bibliográfica pelo fato de ter sido “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 1991, p. 48).

O estudo teve início com a escolha do tema e em seguida a realização de um levantamento bibliográfico com o objetivo de selecionar publicações referentes a este tema.

Após a definição dos objetivos desse estudo, optou-se em selecionar as publicações no período de 2000 a 2010, tendo nas base de dados BIREME, SCIELO e LILACS, o que possibilitou o desenvolvimento do suporte teórico-científico necessário ao estudo em ponta.

5. DISCUSSÃO E RESULTADOS FINAIS

Por sua natureza, o processo de nascimento engloba, além das habilidades técnicas e científicas, relações humanas e afetivas entre todos os envolvidos nesse processo (ALMEIDA et al., 2004).

Mas com a rápida expansão das técnicas intervencionistas ao parto normal e praticidade que traz, nem sempre tão saudável, trouxe para o contexto de parto o modelo tecnicista, com uma postura de passividade adotada pelas mulheres, aumentando o índice de cesarianas desnecessárias.

De acordo com Osava (2003), há décadas, a excessiva intervenção médica no nascimento cria representações muito fortes acerca de sentimentos de insegurança que envolve o trabalho de parto. O autor afirma que, no parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem.

É importante lembrar que o parto humanizado não tem que ser necessariamente vaginal, porque a cesariana também é válida quando bem indicada, diferentemente da cirurgia planejada, que apresenta riscos para mãe e filho. O nascimento cirúrgico deve ser feito com respeito, razão suficiente para a equipe médica, durante os procedimentos, não conversar sobre assuntos desnecessários e fúteis. Sobretudo nessa hora, em que o casal geralmente está tenso após uma longa espera - quando o trabalho de parto não evoluiu de acordo com o esperado - ou porque o bebê não está bem. A equipe também tem o dever de permitir que a mãe tenha contato com a criança logo que nascer - a menos que a baixa oxigenação exija atendimento imediato.

As relações humanas e interpessoais no processo de nascimento se fragilizam em decorrência das rotinas hospitalares, muitas vezes desnecessárias. Assim, a mulher é retirada do centro do processo, sendo-lhe negado o direito de participar livremente.

É notável que a conquista do conhecimento de técnicas intervencionistas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico, trouxeram, sem dúvidas, mudanças nas condições do parto, mas desfavoreceram os aspectos fisiológicos e humanos.

Quando as práticas são adotadas sem críticas e sem critérios de utilização, elas são consideradas inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, podendo até tornar-se um risco para a mulher (ALMEIDA et al., 2004).

Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto normal, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto (CASTRO, 2005, p. 961).

Em relação à enfermeira-obstetra, Santos (2001) relata que esse profissional tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Entretanto, denota-se a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Mendes (1991) apóia essa idéia quando declara que

Existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto. (MENDES, 1991, p.84)

Essa participação do profissional enfermeiro, no trabalho de parto, expulsão e nascimento, oferece, sobretudo, satisfação à parturiente e ao profissional. As pesquisas de Sato (2001) revelaram que a humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro.

Do ponto de vista de Swanson (1993), o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. Essa compreensão objetiva selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados se deve ter com ela.

A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a

adaptação da puérpera para o auto-cuidado e para os cuidados com o recém-nascido. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações no puerpério e o tempo de internação; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança (ZAGONEL, 1997).

Assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é um dos compromissos preconizados pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este programa estabelece diretrizes que devem ser observadas, ao mesmo tempo em que convoca o Estado, Municípios e os Serviços de Saúde à cumprirem seu papel, proporcionando a cada mulher o seu direito de cidadania mais básico e sublime, que é dar a luz com dignidade, recebendo assistência humanizada e de boa qualidade (BRASIL, 2001, p.5).

De acordo com Barros 2006:

No Brasil, a competência da Enfermeira em relação à assistência à mulher no processo do parto e nascimento é definida como “o acompanhamento da evolução do trabalho de parto” e “a execução do parto sem distocia” pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que regula as atividades do exercício profissional de Enfermagem. Essas atividades não são exclusivamente da Enfermeira, mas do profissional integrante da equipe de saúde (BARROS, 2006, p.176).

É dever dos serviços de saúde e de seus profissionais, acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006, p.7-8).

A assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal é realizada por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte o enfermeiro, a obstetriz e a parteira, respeitando suas formações e graus de competência, dispostos no artigo 2º, parágrafo único, da LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual regulamenta o Exercício do Profissional, no seu artigo 11 legitima o enfermeiro a acompanhar a gestante no processo e evolução do parto bem como a “execução” do parto normal sem distócia ou mesmo sua identificação buscando a não supervalorização da técnica do nascimento, mas sim a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação as parturiente, priorizando sua

dignidade sobre os aspectos psicológicos, emocionais, sociais e culturais (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, destaca-se a “importância da participação do Enfermeiro dentro os profissionais que prestam cuidado de saúde às gestantes e às suas famílias”, podendo contribuir significativamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal (BARROS, 2006 p.52).

Assim, o papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e a criança, enfocando informações precisas sobre o parto, o puerpério, e pericultura, que minimizem os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher, da sua condição de gestante para a nova condição de puérpera.

Para Nascimento, Santos e Souza (1997), a gestação, o parto e o puerpério são acontecimentos marcantes na vida da mulher, que podem deixar saldos negativos, em consequência de uma má assistência, podendo desencadear nessa mulher o medo de ficar grávida outra vez, a depressão pós-parto, a rejeição ao filho e a frigidez; essa mulher mal assistida poderá passar para as outras suas vivências negativas através de relatos, o que pode gerar uma transmissão de medos, incertezas e de outros componentes que causem danos a ela.

Contudo, o enfermeiro ao prestar a assistência devida, torna-se um importante condutor de uma boa experiência de parturição da mulher, implementando alguns elementos subjetivos do cuidado interativo entre enfermeira-parturiente, como dar atenção, demonstrar paciência, dar apoio físico e emocional e conversar com as parturientes e puérperas, visando à adaptação materna às situações transitórias do parto e do puerpério, transmitindo a tranquilidade necessária durante o processo de nascimento e informações seguras para o desempenho da maternidade. É de extrema importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais capacitados para garantir o atendimento e atenção especializada a gestante; estrutura organizada, com equipe qualificada (incluindo a presença do pediatra na sala de parto), material adequado e em quantidade suficiente, no qual o acompanhante esteja envolvido e gestante e familiares tenham direito a

informações e a possibilidade de expressar seus medos e sentimentos (CECATTI et al., 1997).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação do enfermeiro no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento, proporciona fundamentalmente satisfação à parturiente e ao profissional (SATO, 2001).

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir, realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com os princípios éticos no trato com a vida humana.

Dessa forma, o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. O objetivo dessa compreensão informada é selecionar estratégias mais adequadas para resolver o problema da mesma.

Com os recursos aplicados, o processo de adequação das maternidades para o atendimento às gestantes de alto risco vem gradativamente se desenvolvendo em todos os estados brasileiros, com a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes.

É importante reafirmar que o desenvolvimento de propostas de mudança das práticas em direção à sua humanização, por parte de várias instituições - inclusive do Ministério da Saúde - é muito marcante, criando um campo amplo de possibilidades de mudança concreta nos serviços que aquele vislumbrado originalmente. Têm-se várias iniciativas institucionais de mudança da assistência, em um contexto em rápida transformação. Nesse contexto, o trabalho conjunto entre todos os profissionais envolvidos permitiria uma atenção menos intervencionista, prevendo que a atuação desses deva se complementada e que deva haver respeito aos limites de atuação de cada categoria.

A proposta do parto humanizado sofre influência direta do modelo organizacional, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação

entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constituem a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do sistema que queremos.

É de fundamental importância que o Enfermeiro conheça e domine toda a parte teórica-científica sobre a assistência humanizada à mulher no período de parturição, pois as ações realizadas dessa maneira proporcionam uma melhor assistência à mulher, o resgate dela como protagonista desse momento, a diminuição de intervenções desnecessárias, levando também a uma diminuição da morbi-mortalidade materna e infantil nesse período.

7. REFERÊNCIAS:

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.

ALVIM, D dos AB; Bassoto, TR 261 de P e Marques, GM, **Revista Meio Ambiente e Saúde** 2007; 2 (1): 258-272.

BARROS, Sonia Maria Oliveira (org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – **Manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília. 2000. Disponível em: <http://www.institutoapoiar.org/imagens/bibliotecas/humanizacao_parto_parto.pdf>. Acesso em: 20/04/2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas públicas de Saúde. **Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher**. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2005.

_____. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra (SUI): OMS: 1996.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BURROGS A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

BRUGGEMANN, O.M; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. **Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher**. Revista Saúde Pública 2007; 41(1):44-52.

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.

CASTRO JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro**; 13(6):961.

CECAGNO, Susana; ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, n. 13, v. 3, p. 409-13, jul-set; 2004.

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, Editora Hucitec, 1997.

DIAS MAB, Domingues RMSM. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciên & Saúde Coletiva 2005;10(3):699-705

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida (org.). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido.** 1 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991

GREEN, JM & Baston, HÁ. **Feeling in control during labor:** concepts, correlates and consequences. Birth, 30: 235-47, 2003.

GUTIERREZ, Cleidiane; TONETO, Natália Cristina Pombal Carvalho. **A Importância da Enfermagem na Assistência ao Parto Humanizado: Estudo de Caso.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de Saúde São Paulo, p. 61; 2009.

MACHADO, CMD. **As emoções e os sentimentos vivenciados pela mulher na gestação, parto e puerpério.** In: Costenaro RGS. Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001.

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

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, n. 4, v.60, jul-ago; 2007

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

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

REZENDE, Jorge Fonte de. **Obstetrícia.** 8ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; cap. 1, p. 1-21; 1999

RIESCO MLG, Fonseca RMGS. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto** Cad Saúde pública 2002;18(3):685-9

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. **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, 2001.

SILVA AS, Cunha ICKO, Okasaki ELJ. **Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia.** Revista de Enfermagem UNISA 2001; 2: 18-21.

SOUZA, Juliana Caldas de; LIMA, Juliana de Oliveira Roque; MURARI, Denize Bouttelet; ESPIRIDIANO, Elizabeth. **Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, n. 61, v. 6, p. 878-82; nov-dez; 2008

SWANSON, K. M. **Nursing as informed caring for the well-being of others.** Journal of Nursing Scholarship. 2001, v. 25, p. 352-357

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Maternidade - **Dilema entre nascimento e morte.** São Paulo. Editora Hucitec/ABRASCO, p. 107; 1995.

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

ZAGONEL, I. P. S. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem.** Pelotas: Editora Universitária / UFPel: Florianópolis: UFSC; 1999.

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia ao criador de tudo, Deus; aos meus amados familiares; e também aos profissionais da área de saúde, para que todos lembrem que lidamos com seres humanos que necessitam de atenção, sendo esta, de forma humanizada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por ter me dado força e perseverança para finalizar essa etapa da minha vida;

Aos meus pais Mariza e Jorge; aos meus avós maternos Yêda e Manoel Brito; aos meus avós paternos Ivone e Mário; as minhas irmãs Maíra, Maria Clara e Maluh; ao meu querido e estimado padrinho, Jader Britto; obrigada por todos os conselhos, por toda a paciência e por todo o carinho que sempre tiveram por mim.

Ao meu namorado José, por entender todas as vezes que precisei me ausentar para poder estudar e por toda a força que ele me deu.

As minhas amigas por entenderem minha ausência e também àquelas amigas que me orientaram em como fazer essa monografia, em especial a minha amiga-irmã Marília Varela.

À constante orientação da minha orientadora Mariluce.

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho, ofereço essa página.

Marcella Brito Madruga

Monografia, “ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO NO PERÍODO DE PARTURIÇÃO IMEDIATO: UMA REVISÃO DE LITERATURA”, aprovada como requisito para obtenção do título de enfermeiro da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

Aprovado em _____,_____,_____

Banca examinadora (Orientador)

Banca examinadora

Banca examinadora

RESUMO

Em princípio, as mulheres davam a luz isoladamente, sem o mínimo de atenção e cuidados. No decorrer dos anos, as próprias mulheres começaram a auxiliar-se na hora do parto, sendo assistidas pelas mulheres mais velhas. No que se refere ao fenômeno do parto, dentro do enfoque de uma assistência humanizada, a equipe de saúde que assiste a parturiente, e dentre deles o enfermeiro, deverá estar atento a todas as diretrizes dessa prática. Para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa do tipo bibliográfica. O estudo teve início com a escolha do tema e em seguida a realização de um levantamento bibliográfico, com o objetivo de analisar a assistência prestada pelo enfermeiro à parturiente no período de parturição. As relações humanas e interpessoais no processo de nascimento se fragilizam em decorrência das rotinas hospitalares, muitas vezes desnecessárias. Assim a mulher é retirada do centro do processo, sendo-lhe negado o direito de participar livremente. É notável que a conquista do conhecimento de técnicas intervencionistas para corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico, trouxeram, sem dúvidas, mudanças nas condições do parto, mas desfavoreceram os aspectos fisiológicos e humanos. É de fundamental importância que o Enfermeiro conheça e domine toda a parte teórica-científica sobre a assistência humanizada à mulher no período de parturição, pois as ações realizadas dessa maneira proporcionam uma melhor assistência à mulher, o resgate dela como protagonista desse momento, a diminuição de intervenções desnecessárias, levando também a uma diminuição da morbimortalidade materna e infantil nesse período.

Palavras-chave: Humanização, Parturição, Enfermeiro.

ABSTRACT

At first, women gave birth singly, without any attention or care. During the years, the women started to aid themselves when their labor time came, being assisted by older women. Regarding the phenomenon of labor, focusing on a humanized assistance, the health team that assists the parturient, including the nurse, should be aware of this practice's guideline. For this work, a literature review was carried out. The commencement of this study was the choice of the theme followed by a literature review with the purpose of analyzing the assistance given by the nurses to the parturient in the process of giving birth. Humans and interpersonal relations in the process of labor, weaken because of the hospital routines, a lot of times unnecessary. This way, the woman is removed from the process, having the right to participate freely denied. It's notable that the achievement of knowledge of interventional techniques to correct the dynamic, accelerate, regulate or monitor the physiological process, brought, without doubt, changes in the conditions of labor, but brought disadvantage to the physiological and humans aspects. It is extremely important that the nurse know all the theoretical and scientific part about humanized care to women during the period of parturition, because these actions provide a better assistance to the woman, her participation as main character in this process, the reduction of unnecessary interventions, leading also to a decrease in maternal morbidity and infant mortality during this period.

Key Word: Humanization, Parturition, Nurse.