

TATIANA CUPERTINO FIALHO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

EVATA/FAVAP

Viçosa - MG

2008

TATIANA CUPERTINO FIALHO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

Monografia apresentada à EVATA –
Educação Avançada Ltda., como parte das
exigências para a conclusão do curso de Pós-
Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública.
Orientadora: Jaqueline Carrara Folly Valente.

Viçosa - MG

2008

TERMO DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada “**O papel do enfermeiro no parto humanizado**”, de autoria de Tatiana Cupertino Fialho, aprovada pela banca avaliadora constituída por:

Orientadora: Jaqueline Carrara Folly Valente

FAVAP

Diretora: Grasiella Thierney Andrade

Monografia aprovada em _____ de _____ de 200__

PARECER _____

Viçosa, _____ de _____ de 200__

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que esteve comigo em todos os momentos; aos meus pais, Francisco e Glória, pelo esforço e dedicação; aos meus irmãos, pelo incentivo constante; ao meu marido Marcus Filipe, pelo apoio e cooperação; e em especial ao meu filho André Luiz, pela alegria e carinho em todos os momentos dessa importante etapa acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a oportunidade de estar no mundo.

Aos meus pais e familiares, pelo amor, carinho, compreensão e respeito.

Ao meu marido, pela amizade, companheirismo, dedicação e sinceridade nas palavras.

Ao meu filho, pelo sorriso sincero em todos os momentos.

À constante orientação e dedicação de minhas orientadoras, Jaqueline Carrara Folly Valente e Lívia Maria de Azevedo Franco.

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

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo pontuar os cuidados necessários para a realização da parturição humanizada, estando diretamente relacionados ao trabalho despendido pelo profissional enfermeiro, que internaliza e vivencia essa experiência juntamente com o paciente e os outros profissionais envolvidos. Ainda, busca-se explicar sobre o conceito e importância da humanização das práticas e da atenção à saúde, 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. Discute-se, assim, as questões ligadas à humanização da saúde a partir da concepção da humanização como política de saúde e como prática profissional. Além disso, são apresentadas proposições para contribuir a formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão que podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: papel do enfermeiro; humanização; assistência ao parto.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA.....	10
1.1 O papel do enfermeiro no parto humanizado	10
1.1.1 Deveres do enfermeiro.....	11
1.1.2 A visão dos profissionais de saúde	12
1.1.3 Grupos de apoio.....	14
1.2 Política Nacional de Humanização.....	15
1.3 Humanização na assistência ao parto	17
1.3.1 Características do parto humanizado.....	19
1.3.2 Limites e possibilidades da implantação do parto humanizado	21
1.3.3 Alguns procedimentos da humanização do parto.....	25
1.4 Assistência à mulher no trabalho de parto.....	30
CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
CAPÍTULO 3– CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUÇÃO

No final do século XX, os profissionais de saúde se despertaram para a importância da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher durante o trabalho de parto, já que o mesmo era considerado um processo fisiológico natural, tendo em vista que mulher e criança fossem consideradas saudáveis.

A idéia do parto humanizado é fazer com que o ato de a mãe trazer o filho à luz, geralmente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível nesse processo do nascimento da criança.

Esse procedimento é oposto ao que defende a massificação do atendimento à gestante e ao recém-nascido, ou seja, à padronização de condutas que têm por objetivo facilitar e apressar o nascimento dos bebês, contribuindo para o aumento de cesarianas e de outras intervenções cirúrgicas impróprias ou desnecessárias. (FAÚNDES e CECATTI, 1991)

A importância desta pesquisa consiste em reconhecer a assistência prestada pela categoria profissional enfermeiro, no contexto de humanização do parto. Atualmente, o número de enfermeiros obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS. Por esta razão, o Ministério da Saúde esta fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Pretende-se, portanto, constituir uma significativa contribuição para a literatura que se ocupa das referidas questões no atendimento hospitalar nacional.

Os objetivos deste ensaio são descrever a importância da humanização do parto e do enfermeiro nesse contexto, assim como suas funções e deveres. Sob uma nova perspectiva (humanizada) do cuidado da parturiente, os autores pesquisados para este trabalho explanam sobre o modelo de atuação das categorias profissionais envolvidas (médicos obstetras e enfermeiros), os possíveis resultados positivos decorrentes dessa nova assistência e sobre o conseqüente choque de métodos e de cuidados.

Há muitos anos já se utiliza a noção de humanização, especialmente na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência. No âmbito da assistência ao parto, as discussões sobre este assunto trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e

organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações, propondo mudanças no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. (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 obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. (...) no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (WHO, 1996, p. 4). A partir do desenvolvimento de estudos nessa direção, a arguição sobre segurança e eficácia se amplia virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência ao parto.

A legislação e as reivindicações de direitos do cidadão enquanto paciente, além de expressarem as transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, fazem parte do processo de constituição da democracia e da cidadania, no que tange o papel do Estado e da sociedade, através de suas organizações e associações.

Atualmente, a temática da humanização na assistência ao parto se mostra relevante, 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, demandam a revisão das práticas cotidianas, enfatizando a criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O papel do enfermeiro no parto humanizado

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.

Em relação à enfermeira-obstetra, Santos (2001) relata que essa 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, p. 84) 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.

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.

Na visão 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)

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.

Portanto, 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)

1.1.1 Deveres do enfermeiro

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; ZAGONEL, 1997)

1.1.2 A visão dos profissionais de saúde

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

Para Tornquist (2003), as propostas de humanização do parto recuperam técnicas de alívio da dor, sobretudo aquelas consideradas naturais e menos invasivas, como também a importância da presença do acompanhante, do suporte emocional, do apoio da equipe e da

experiência da mulher em relação à dor. Este autor entende a dor não apenas como uma manifestação universal de processo um orgânico, mas como uma construção simbólica que varia conforme o contexto sociocultural e a subjetividade da mulher (forma de sentir a dor).

Os principais aspectos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação interativa. Mendes (1991) acredita que a relação estabelecida entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental, pois o enfermeiro vê o corpo da mulher não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de cuidados holisticamente. (ZAGONEL, 1997)

Cechin (2002, p.445) acredita que a humanização da assistência à mulher, consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, “oferecer ambiente seguro, oportunizar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”. A autora diz que a humanização do parto resgata o parto natural/normal. Também, Enning (2000) afirma que, o ideal seria que toda mulher enxergasse o parto como o ato verdadeiro de dar a luz, um processo espontâneo, sem necessidade de grandes intervenções, e não considerá-lo como um ato médico.

Nesse sentido, Tornquist (2003) entende por humanização do parto o conjunto de recomendações que a Organização Mundial de Saúde adotou: o incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo as técnicas mecânicas de alívio a dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia, e faz crítica significativa à excessiva medicalização do parto, sendo apontado como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países.

Esta autora entende ainda, que a mulher no momento do parto passa a se preocupar com o seu desempenho em termos do controle das emoções, e procura expressar sua dor dentro do parâmetro considerado adequado pela equipe. E, nessa perspectiva, o despreparo dos profissionais de saúde pode infringir os ideários do parto humanizado e gerar paradoxos: de um lado, advogar pelos direitos das mulheres no momento do parto, e de outro, não considerar as diferenças socioculturais entre estas mulheres.

Riesco e Fonseca (2002) defendem a introdução na rede pública de um novo modelo assistencial ao parto com participação e realização pelo enfermeiro obstetra com a finalidade de promover assistência à gestação e ao parto para a clientela carente, principalmente onde existe grande demanda e falta assistência médica.

Davim e Menezes (2001, p.63) acreditam que

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

Nascimento et al. (1997) afirmam que o cuidado prestado à parturiente é norteado por um poder institucional expresso por meio de rotinas que retiram dessa mulher a participação ativa em todo o processo e, acredita que a assistência à parturiente deve ser humanizada e competente para permitir que as mulheres vivenciem a parturição de forma mais plena e feliz.

Segundo Osava (2003), no parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem.

Santos (2001) relata que a enfermeira obstétrica tem papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento, no entanto afirma a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Mendes (1991) corrobora esta idéia quando afirma 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.

A humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranqüila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo.

1.1.3 Grupos de apoio

A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade.

O grupo de apoio aborda os aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto.

1.2. Política Nacional de Humanização

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado, em 2000, pelo Ministério da Saúde, que constituiu, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH).

O objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as práticas de co-gestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se, principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Nesse contexto, a humanização é definida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumentando, então, o grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Este estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva, no processo de gestão, denota a identificação das necessidades sociais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Alguns dos princípios norteadores da política de humanização são destacados a seguir:

- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde;
- Estímulo dos processos de educação permanente;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça e de orientação sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Deve-se ter cuidado para não banalizar o que a asserção de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que, em geral, as iniciativas se apresentam volúveis e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL - MS, 2004, p.5)

Como uma política transversal, a humanização presume necessariamente que as fronteiras, muitas vezes rígidas, sejam ultrapassadas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A PNH, em seu papel articulador, deve proporcionar a facilitação e a integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde ela se dará. Entretanto, a PNH deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da humanização.

Portanto, como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, e entre as diversas unidades e serviços de saúde. O planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, o confronto de idéias, mas principalmente o

modo como tais processos se dão, devem convergir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode ocultar.

1.3. Humanização na assistência ao parto

De certo modo, a discussão sobre humanização é uma versão brasileira, ou latino-americana, daquilo que nos países de língua inglesa é chamado movimento por "respectful birth", "gentle birth", entre outras definições imediatamente referidas ao cuidado na relação pessoal. Em muitos contextos, é referido com termos aparentados, como o "natural childbirth" e suas diversas variações, herdeiros da tradição menos ou mais crítica da assistência, na década de 50, do parto psicoprofilático de Dick-Read e de Lamaze. Na década de 60, era o método Bradley ("husband-coached birth") que trazia o papel essencial do pai como acompanhante e colocava o nascimento como um evento familiar. (VAITSMAN e ANDRADE, 2008)

Existe ainda a abordagem centrada no parto ativo ("active birth"), disseminado por Janet Balaskas, que preconiza um papel ativo, físico e emocional por parte da mulher, que se educa sobre o nascimento e assume seu papel de protagonista no parto, ao invés do papel passivo e dependente. (VAITSMAN e ANDRADE, 2008)

Recentemente, a discussão sobre humanização e direitos humanos vem ocupando um espaço relevante no cenário internacional. De acordo com Cadernos Saúde Coletiva (2006, p. 51),

Em setembro de 2000, uma conferência internacional de Midwifery incluiu em seu programa várias referências a "humane care" e "humane approach" (International Midwives Conference). (...) Em novembro de 2000, ocorreu a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto (International Conference on the Humanization of Childbirth), apoiada por instituições como UNICEF e FNUAP (Fundos das Nações Unidas para Infância e para Assuntos de População), que teve entre seus objetivos principais discutir como o conceito de maternidade segura pode incluir as questões sobre o cuidado humanizado ao parto; e como o cuidado humanizado à maternidade pode ser promovido como um direito humano.

No Brasil, há a convivência paradoxal de dois problemas graves. O primeiro destes são os sérios problemas de acesso aos serviços, com grandes áreas geográficas com déficits de leitos de maternidade, o que ocasiona uma distorção conhecida como "peregrinação por leito", durante o trabalho de parto, e com graves conseqüências sobre a saúde da mulher e do bebê.

Sabe-se que na peregrinação por leito, há um aumento significativo de morte materna, esta que poderia ser evitada caso não houvesse a falta de leitos assegurados para a realização de procedimentos durante o trabalho de parto. Diniz (2008) considera que este é o pólo "falta de assistência" do problema.

O segundo entrave é os usos abusivos, intensivos e desnecessários de procedimentos como a indução de parto, a manobra de Kristeller, os fórceps de alívio, a episiotomia e a cesárea, que levam a um maior consumo de material, maiores complicações, custos excessivos, mais dias de internação e de incapacidade para o puerpério. Para o mesmo autor, este é o pólo do "uso abusivo dos recursos de assistência" do problema. (DINIZ, 2008)

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui aspectos relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência imediatamente voltada para as necessidades das mães e de suas famílias. Também são indispensáveis as modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizantes da assistência. (DINIZ, 2008)

É válido ressaltar que a humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. (ROLIM e CARDOSO, 2007)

Durante todo o processo, alguns aspectos são essenciais para a autonomia da mulher, como a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; direito a um acompanhante de sua escolha; informações claras sobre todos os procedimentos a que será submetida; e garantia de seus direitos, como cidadã, respeitados. (DINIZ, 2008)

É importante salientar que, como afirma Dias e Domingues (2008),

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

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu de forma oficial a assistência ao parto nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração dos

profissionais envolvidos. Como marco revelador de uma nova política de atenção ao parto, o MS criou, em 1999, os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que possibilitam a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, podendo ser realizado sem a presença de médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês.

Um grande desafio para os profissionais envolvidos na assistência ao parto é o de minimizar o sofrimento das mães, tornando a vivência do TP e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e família. (DIAS e DOMINGUES, 2008)

Os referidos autores acreditam numa abordagem estimuladora da participação ativa da mulher e do acompanhante, priorizando a presença constante do profissional junto da parturiente, e que, além de preconizar o suporte físico e emocional, utiliza novas técnicas que permitem o alívio da dor (como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, a água usada para relaxamento e massagens etc.). (DIAS e DOMINGUES, 2008)

1.3.1 Características do parto humanizado

Segundo o ginecologista e obstetra Daniel Klotzel, do Hospital Albert Einstein, de São Paulo, o maior objetivo do parto humanizado é respeitar aquele momento especial em que uma criança chega ao mundo. Receber o recém-nascido num clima de acolhimento e interferir o mínimo possível são características do parto humanizado. Portanto, o papel do médico, nesse momento, é zelar pelo conforto do filho, da mãe e do pai.

Klotzel, insatisfeito com o jeito descuidado como as mulheres eram atendidas ao darem à luz, fundou, há 18 anos, o Grupo de Apoio à Maternidade e Paternidade (Gamp), que reúne médicos, pediatras, enfermeiras, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, doula e acompanhante de parto, para oferecer um nascimento mais saudável.

Membro da Rehuna (Rede Nacional pela Humanização do Nascimento), Klotzel defende o parto, com privação ao radicalismo. Ele considera o parto humanizado como um parto respeitoso, em que o médico reconhece o valor daquele momento para a mãe, o pai e o filho e se dispõe a ajudar, efetuando somente os procedimentos necessários, num ambiente agradável onde à mulher esteja cercada de profissionais simpáticos e de uma pessoa de confiança (acompanhante).

Todavia, Klotzel considera o termo parto humanizado inadequado (pois nem tudo o que é humano merece aprovação, como a violência). O médico afirma que o termo ainda passa idéia de método alternativo, o que não é verdadeiro; ele sugere e utiliza a denominação "assistência respeitosa ao nascimento"¹.

Os direitos da mulher durante o parto são diversos, mas o principal deles, que já é lei em alguns locais, como no estado de São Paulo, é ter o acompanhante que quiser durante o parto e o pós-parto. Entretanto, este direito nem sempre é respeitado nos serviços públicos e nos particulares, que chegam a cobrar para permitir a entrada do pai no centro obstétrico.

Outros dos direitos, que muitos dos envolvidos não têm conhecimento, são: ter o filho num ambiente calmo, com luz suave, cercada de pessoas dedicadas ao nascimento; tomar líquido e se alimentar conforme o desejo durante o trabalho de parto; ser informada sobre os procedimentos adotados e participar das decisões; não receber raspagem dos pêlos e, ou lavagem intestinal; caminhar livremente e assumir a postura que preferir.

De acordo com Klotzel, a mulher ainda precisa ter um pediatra ou enfermeira especializada na sala de parto para receber o bebê e que não adote atitudes precipitadas como a reanimação, se não houver necessidade, amamentar o bebê ainda na sala de parto e fazer o alojamento conjunto.

É importante ressaltar que os procedimentos de rotina não têm comprovação científica. As medidas como lavagem intestinal, raspagem dos pêlos pubianos e jejum durante o parto estão sendo revistas, pois não há provas de seus benefícios; ao contrário, são métodos que podem ser danosos.

Outra medida que não se justifica é a episiotomia (corte do períneo); ela só deve ser feita se houver risco de lesão extensa no períneo por causa do tamanho da cabeça do bebê ou sinais de necessidade de fórceps. A ruptura prematura da bolsa e a indução de parto, para apressar o nascimento, também são ações desnecessárias na maioria das vezes. O médico com boa formação sabe identificar o momento adequado para intervir.

Com relação ao uso de anestésicos, verifica-se que a analgesia pode aumentar em até uma hora a expulsão do bebê. Entretanto, é melhor a criança demorar um pouco mais pra nascer a deixar a mãe sofrer muito, estragando esse momento. De acordo com dados do Ministério da Saúde, há mais de cinco anos, o SUS fornece a anestesia para parto normal.

¹ Entrevista concedida ao site "Meu nenê" on-line. Disponível em: <http://meunene.uol.com.br/Edicoes/71/artigo2161-1.asp>.

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.

1.3.2 Limites e possibilidades da implantação do parto humanizado

Um dos mais importantes obstáculos à humanização da assistência é o modelo tecnocrático, profundamente incorporado às práticas. Seu questionamento e superação parece ser uma tarefa essencial na construção das propostas de humanização.

Segundo Nakano et al. (2007, p. 7),

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

Esses dois pólos têm em comum a crítica ao modelo tecnocrático de assistência, que exige a necessidade de um papel passivo da mulher durante o nascimento, em que ela será processada tecnicamente pelo profissional e pela instituição.

Esse modelo tecnocrático encontra um terreno fértil na cultura sexual e reprodutiva brasileira. Até certo ponto, há uma superposição, uma interação, destas duas dimensões. A cultura reprodutiva e sexual tem se caracterizado, entre outros aspectos, por sua cirurgificação, ou seja, por seu constante recurso à "solução cirúrgica das relações de gênero". No Brasil, para viver a sexualidade e evitar filhos, o principal recurso para as mulheres é a esterilização cirúrgica; e para ter filhos, o recurso ao parto cirúrgico não encontra paralelo em nenhum outro país (DINIZ, 1998, p. 77-78).

Ainda, existe a possibilidade de se reforçar a concepção da maternidade como função primordial das mulheres, sem a qual estas não seriam completas nem normais; ou ainda, do conceito de que, já que as mulheres estão fisicamente capazes a darem à luz, deveriam fazê-lo a qualquer custo, físico, pessoal, emocional ou de saúde. Assim, a dor e as possíveis seqüelas do parto não seriam mais que o preço "normal" a se pagar pela feminilidade completa e adulta de ser mãe.

Portanto, no discurso médico, a transição "fisiológica" para a maternidade exige das mulheres o preço do sofrimento do parto e da perda da vontade sexual, pois, conforme a crença, o parto irá "lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico". (REZENDE, 1998, p. 295)

A visão essencialista condena a mulher ao sofrimento em troca da própria condição feminina "completa" e adequada, propondo-se, ao mesmo tempo, que ela aceite acriticamente quaisquer formas de alívio a essas dores e custos impostos como naturais ao seu corpo imperfeito. Em outras palavras, a mulher tem que aceitar a dor do parto como algo inevitável, que deve acontecer normalmente, como condição feminina inerente que é a de gerar um filho; ela tem que se submeter às conseqüências do parto, aceitando todos os métodos impostos pelo médico ou hospital, sem qualquer questionamento.

A crítica advinda das propostas de humanização veio evidenciar que uma parte considerável do que hoje se conhece como a "dor do parto" é o que se pode denominar de dor iatrogênica, produzida por procedimentos que, além de dolorosos, são muitas vezes desnecessários, arriscados, inúteis e eventualmente maléficis. Esta redefinição da dor do parto visa distinguir, no sofrimento feminino, o que é de fato inevitável e, ou aliviável. Inevitável é a mudança da condição fisiológica da mulher, e, talvez, a angústia, a ansiedade antes e durante o parto normal; aliviável é fazer com que a futura mãe se sinta o melhor possível antes e durante a concepção, com menos dores e sentimentos pessimistas. É neste contexto que as mulheres, quando bem informadas, podem tomar decisões sobre o assunto, ao invés de aceitarem passivamente qualquer procedimento. (CAMELO, 2008)

Outro percalço da adoção das medidas humanizadas seria o fato de que os critérios de internação são demasiadamente variáveis, o que implica no risco da admissão precoce e do aumento da intervenção decorrente. Tais critérios precisam de uma revisão, possível reformulação, além de uma padronização que vise evitar tanto a admissão precoce quanto a peregrinação.

Ainda com relação aos limites da implantação da humanização, Enkin (2000, p. 142) aponta que

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

Cabe aos serviços reformatar os espaços e reorganizar os tempos, de forma a desrespeitar a fisiologia o mínimo possível, transgredindo com a concepção de que a melhor assistência é aquela que consome mais insumos. Isto também implica em impedir a admissão precoce, já que, na prática, o tempo de duração do parto começa a contar desde quando a mulher é internada. (ENKIN, 2000)

O aparelho formador continua sendo um dos grandes obstáculos às mudanças, especialmente o da medicina, da ginecologia e da obstetrícia, pois estes ainda se mantêm aderidos ao modelo tecnocrático e poucos incorporam das evidências atuais. Os profissionais ficam como reféns do modelo de assistência, pois a cada ano aumenta o distanciamento entre as evidências científicas e a prática, complicando o atual paradoxo desta.

De acordo com pesquisas recentes, as escolas de enfermagem já iniciaram uma importante mudança de adequação aos novos paradigmas, em especial na recuperação da figura da enfermeira obstetra.

O desenvolvimento de uma cultura institucional de desapego aos procedimentos de rotina, de criação e discussão dos critérios clínicos para seu uso, é um dos importantes méritos dos serviços estudados. Ainda que pareça uma mudança tímida se comparamos com outros países - que estimam que as taxas ideais estejam entre 5 e 15% - para a realidade do Brasil é um dado bastante significativo, principalmente pela prevalência de períneos rígidos como seqüela de episiotomias anteriores. (OMS, 1996)

Dentro da prestação humanizada, objetiva-se oferecer alternativas não-farmacológicas de manejo da dor baseadas nas evidências, como a presença de acompanhantes (familiares) e de doulas, o uso de banhos de chuveiro, bolas de parto, de pufes, e um mínimo de privacidade em salas onde as mulheres possam passar o pré-parto e o parto no mesmo leito.

A disponibilidade física desses recursos e de ambientes apropriados é de extrema importância, pois viabiliza o seu uso e funciona como um marcador da legitimidade do modelo de assistência humanizado - ainda que sua utilização possa não ser a regra somente pelo fato do material estar disponível. O custo desses recursos é relativamente baixo, e muitos deles podem ser adaptados a partir do que os serviços já existentes, como as camas comuns para os partos.

Na prática, a utilização desses recursos encontra alguns limites, tais como uma resistência por parte dos profissionais, que não necessariamente têm experiência com o seu uso, e que reconhecem nesses recursos não farmacológicos uma demanda extra de tempo e um menor domínio dos espaços e tempos do seu trabalho. (DINIZ, 2001)

Ainda, a presença desses recursos possibilita impedir a cascata de intervenções e o processamento ritual das mulheres em uma linha de montagem, contribuindo para a introdução da cultura institucional de reconhecimento das usuárias, e de seus bebês, como pessoa e seu tratamento individualizado. (TREICHLER, 1990)

Outra mudança poderosa e benéfica é a admissão dos maridos como acompanhantes, também em serviços públicos. É importante observar o suporte legal dessa medida, como lei estadual. Entretanto, cabe ressaltar que a presença desses novos sujeitos provoca reações positivas e negativas nos profissionais; alguns são mais compreensivos e receptivos, outros se sentem invadidos e questionados.

Assim, a entrada na cena do parto dos acompanhantes traz um conjunto de questões novas para os profissionais, relativamente despreparados e sem referências do seu papel na cena. Os serviços ainda não conseguiram equacionar uma orientação mais estruturada para esse personagem, porém têm uma avaliação muito otimista da sua incorporação, assim como as parturientes. (DINIZ, 2001)

Segundo Diniz (2001, p. 93),

Os recursos humanos e o seu convencimento para a proposta são descritos como o fator mais decisivo para a mudança. Como não há ainda profissionais adequados a esse novo modelo saído do aparelho formador - considerado um pólo de resistência à humanização e ao baseado na evidência - é preciso treinar os profissionais. Isso implica em enfrentar as dificuldades de tirar os profissionais e substituí-los nos plantões, e na medida do possível remunerar ou compensar o tempo investido na formação.

A constante presença dos gerentes dos serviços nos plantões é descrita como indispensável, uma vez que os profissionais não têm experiência cultural ou segurança clínica

com o cenário proposto e vêm de um treinamento formal e do trabalho em outros serviços, em que o modelo tecnocrático é o único legítimo.

No âmbito da sensibilização e do treinamento técnico, deve-se incluir discussões sobre a medicina baseada na evidência e sobre os direitos humanos dos sujeitos envolvidos na cena do parto. O papel dos provedores como indivíduos, seus valores, atitudes e dificuldades devem ser contemplados no processo, idealmente através de metodologias e dinâmicas adequadas ao tratamento destas dimensões.

É importante validar o considerável reconhecimento institucional - compreendendo novas possibilidades de apoio logístico e financeiro - das propostas de humanização da assistência ao parto, nos últimos três anos, nos níveis local e federal. Entre as iniciativas do SUS, destaca-se o prêmio Galba Araújo. Existem também várias iniciativas de organismos corporativos de médicos e enfermeiras. (DINIZ, 2001)

Outro fator relevante é a legitimidade financeira (pagamento), de certos procedimentos, como o parto assistido por enfermeira, conferindo a esta profissional, e ao serviço que a autoriza, um recurso inovador e formalizado na organização da assistência.

Nesse contexto, é possível que se sobressaia uma tendência, mesmo que incipiente, do pagamento de procedimentos com menor incorporação tecnológica e maior relação humana; é o caso da presença de doulas, de massagistas, da remuneração de procedimentos educativos, como os grupos de grávidas, ou de informação para a montagem de um plano de parto. Essa tendência parece fazer convergir o atendimento a várias necessidades: o de oferecer assistência mais humanizada, mais efetiva e a custo mais admissível.

1.3.3 Alguns procedimentos da humanização do parto

A lei federal 8.069, de 1990, estabelece a instalação de alojamento conjunto em todos os hospitais do país. Atualmente, o alojamento conjunto é recomendado pela Organização Mundial de Saúde e por todos os grandes especialistas do mundo. Recolhendo seus argumentos, temos uma vasta lista de razões para esta implementação, já que o alojamento conjunto:

- Gera condições para que a enfermagem promova o treinamento materno durante a hospitalização, evitando o conhecido choque do primeiro dia em casa;
- Fornece ao hospital a possibilidade de diminuir muito a área do berçário, aproveitando melhor os espaços;

- Tranqüiliza a mãe a respeito da saúde do filho;
- Deixa que o bebê mame o quanto quiser, quando quiser;
- Reduz a possibilidade de infecções cruzadas;
- Estimula e motiva o aleitamento materno;
- Contribui para a observação do binômio mãe-filho pela equipe;
- Permite que a mãe observe o filho constantemente, o que permite que ela conheça melhor a criança;
- Fortalece os laços afetivos entre mãe e filho, evitando a rejeição e o abandono;
- Incentiva o acompanhamento do recém-nascido em ambulatório de Pediatria e integra os serviços de Obstetrícia e Pediatria;
- Favorece a amamentação precoce, dando ao bebê a vantagem de ingerir o colostro e provocando na mãe a contração uterina e de seus vasos, o que evita as hemorragias pós-parto;
- Possibilita a comunicação imediata de qualquer anormalidade que a mãe observe na criança;
- Torna a amamentação mais fisiológica e natural. (CHOR, 2000; CÔRREA e JULIANI, 2002)

De acordo com pesquisas recentes, o reacionarismo ainda prevalece na direção dos hospitais, entre obstetras, pediatras e outros profissionais de saúde, embora a maioria já seja pelo alojamento conjunto. Verifica-se que há uma resistência maior entre os diretores de hospital do que entre as puérperas, pois esses alegam maior risco de contaminação com o alojamento conjunto. (SABATINO et al., 1992).

Os diretores em questão falam genericamente de falta de condições físicas, técnicas e financeiras e afirmam, novamente demonstrando desconhecimento de causa, que a implantação do sistema acarretaria, obrigatoriamente, redução de área física e de leitos disponíveis para parturientes. Ainda, se defendem relatando que o alojamento conjunto exige hospitais previamente planejados para essa adoção. (SABATINO et al., 1992)

Estudos da OMS (1996) mostram que, seis em cada dez mães foram favoráveis ao alojamento conjunto, mas muitas preferiam que o bebê ficasse no berçário durante a noite. Mães submetidas a cesarianas sugeriram que o alojamento conjunto tivesse início no segundo dia (do pós-parto). (DOMINGUES et al., 2004)

Nesse contexto, especialistas recomendam que a futura mãe deva ser preparada e condicionada para os benefícios do alojamento conjunto, tanto para ela quanto para o seu

filho. O mesmo deve ocorrer para os médicos, enfermeiras e atendentes, que precisam estar preparados para o programa; o bom funcionamento será a consequência da colaboração e interesse de todos os participantes. (DOMINGUES et al., 2004)

Assim, é necessário realizar um trabalho mercadológico, já que a maioria das pessoas pensa que o alojamento conjunto foi criado para facilitar as coisas para o hospital e dificultar para a mãe. Algumas parturientes vêem o alojamento conjunto como "uma coisa de pobre", em vez de considerá-lo como um direito do paciente.

No que tange o aleitamento materno, outro procedimento da assistência humanizada, Alves e Silva (2000, p. 78) asseveram que

Sem mudar a imagem do alojamento conjunto não vai ser muito fácil torná-lo aceito pela maioria e implantar definitivamente uma prática simples, capaz de salvar vidas e de melhorar muito a qualidade de vida do bebê e seu relacionamento afetivo com a mãe. Em uma declaração conjunta sobre Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) destacam o papel especial dos serviços materno-infantis. E observam que a prevalência e a duração do aleitamento materno diminuíram em muitas partes do mundo, por diversas razões sociais, econômicas e culturais.

Assim, percebe-se que, com a introdução de tecnologias modernas e a adoção de novos estilos de vida, houve, em muitas sociedades, uma redução considerável da importância atribuída a essa prática tradicional. Mesmo de modo involuntário, os serviços de saúde contribuíram para esse declínio, seja por não apoiarem e estimularem mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem na iniciação e o estabelecimento normal do aleitamento.

A declaração da OMS-Unicef deixa muito claro que a iniciação e o estabelecimento do aleitamento materno terão sucesso se as mães tiverem apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. No sistema, o ideal é que todos os seus agentes estejam comprometidos com a promoção do aleitamento materno, sendo capazes de dar informações apropriadas e de esclarecer dúvidas.

Obstáculos à iniciação do aleitamento vão desde a disposição física dos hospitais e enfermarias obstétricas e organização de seus serviços até às atitudes de médicos,

enfermeiras, administradores e outros funcionários. Algumas das medidas que OMS e Unicef propõem²:

- Que as instituições e programas prestadores de serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos revisem suas normas e práticas relacionadas ao aleitamento materno;
- Que desenvolvam normas de uma política de amamentação, incluindo os cuidados para gestantes, puérperas e recém-nascidos, disponibilizando informação, educação e treinamento relevantes;
- Que seja assegurado que essas normas sejam transmitidas a todos os funcionários envolvidos, avaliando, periodicamente, sua eficácia;
- Que as entidades responsáveis (governo, organizações não governamentais e a iniciativa privada) atuem para preservar ou restabelecer uma cultura do aleitamento exclusivo ao seio, promovendo uma atitude positiva de toda a sociedade em relação ao aleitamento materno;
- Que haja uma preparação dos agentes de saúde, para que estes liderem o trabalho de convencimento sobre as vantagens do aleitamento exclusivo ao peito durante os quatro ou seis primeiros meses de vida da criança;
- Que os obstetras dêem atenção especial ao ambiente e ao conforto físico e emocional da parturiente durante o trabalho de parto e puerpério, avaliando, cuidadosamente, a necessidade de sedativos, analgésicos e anestésicos, por conta das implicações para a mãe e para a criança;
- Que os obstetras e pediatras na sala de parto facilitem e favoreçam o contato íntimo entre a mãe e a criança, imediatamente após o nascimento;
- Que o alojamento conjunto seja regra para todos os recém-nascidos saudáveis, e que se estimulem as mães a amamentarem a criança, quando elas quiserem, deixando-a mamar o quanto necessário;
- Que no momento da alta as mães sejam novamente informadas, com propriedade, sobre a fisiologia e a mecânica da amamentação, de modo a que estejam seguras sobre como e o porquê amamentar.

Coordenado pelo Ministério da Saúde, o programa nacional de incentivo ao aleitamento materno teve início no começo dos anos 80, com ênfase na informação aos profissionais de saúde e ao público em geral, adoções de leis para proteção da mulher no trabalho durante toda a amamentação e o combate à livre propaganda de leites artificiais para bebês. (ALMEIDA et al., 2004)

² Disponível em: http://www.rebidia.org.br/gdc/gdc_alojcj.html.

O aleitamento materno significa sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato. “É uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida”. (ICHISATO e SHIMA, 2002, p. 125)

Almeida et al. (2004) salientam-se que

O profissional de saúde deve identificar durante o pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como, garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto. O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a World Health Organization. (VENÂNCIO, 2003)

Pode ser quantificado o real impacto social do aleitamento materno: através da diminuição de atendimento médico, hospitalizações e do uso de medicamentos, como, também, menor absenteísmo dos pais ao trabalho, pois as crianças que recebem leite materno adoecem menos. (GIUGLIANI, 2000)

É válido ressaltar que o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, tendo importante papel nos programas de educação em saúde. “Durante o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que, no pós-parto, o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranqüilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações”. (BRASIL, 2002)

O enfermeiro deverá, então, estar próximo durante e após o parto, auxiliando as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido, para que o aleitamento materno tenha início o mais rápido possível, de preferência imediatamente após o parto, de acordo com o estabelecimento da WHO (World Health Organization). (GIUGLIANI, 2000)

Assim,

Ele deve estar disponível, observando como está sendo a pega do recém-nascido, e respondendo perguntas quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido. É necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, demonstrando diversas posições, promovendo relaxamento e posicionamento confortável, explicando a fonte dos reflexos da criança e mostrando como isso pode ser usado para ajudar na sucção do recém-nascido. (ALMEIDA e DO VALE, 2003)

Portanto, alojamento conjunto e aleitamento materno não precisam de dinheiro para ser obtidos; são "produtos" de obtenção universal e ao alcance de todos. É necessário, então, esclarecer a população sobre os benefícios e estimulá-la a exigí-los. A partir de uma pressão adequada da demanda, facilita-se a consecução dessas práticas, no menor prazo possível.

Cabe esclarecer que o parto com assistência médica deve ser defendido, mas também a realização de procedimentos como a cesárea e a utilização de recursos médicos em unidades neonatais bem equipadas, sempre que se for indicado. A adoção de medidas mais saudáveis para o parto e nutrição faz parte de um conjunto muito maior de práticas que visam proteção e cuidado humano.

1.4. Assistência à mulher no trabalho de parto

A assistência ao trabalho de parto se realiza através de processos de trabalho, os quais, por sua vez, inserem-se em um dado momento histórico de desenvolvimento social e de compreensão do processo saúde-doença. Em princípio, consideramos, nesse estudo, que a qualidade de um processo de trabalho de assistência à parturiente, ainda que efetivado sob uma dada estrutura de necessidades sociais, deve atender às necessidades individuais de cada mulher e não às necessidades dadas apenas pelos sujeitos e suas instituições.

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

Bons serviços devem ser estendidos a toda a população e não ficarem restritos a minorias ou gestantes com acompanhamento particular, o que implicaria no aumento de número de leitos obstétricos em todas as regiões e profissionais habilitados. 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.

É necessário que se acompanhe de modo sistemático os períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo que estes processos 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. Como já pontuado anteriormente, também são necessárias mudanças de postura de profissionais de saúde, que devem receber treinamento contínuo em serviço.

Da mesma forma, deve-se proporcionar no pós-parto uma assistência contínua, qualificada, interdisciplinar envolvendo todas as dimensões da mulher, enfatizando as ações educativas.

De acordo com Brasil (2001, p. 38),

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável 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 vivência que a mulher terá será relativamente prazerosa, provavelmente positiva, e possivelmente traumática, dependendo de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

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 mãe, irmãs, primas 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 dita.

Conforme Brasil (2001, p. 38), “existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras”. Como já tratado anteriormente, a humanização da assistência ao parto pode ser definida como o processo que inclui a adequação da estrutura física e equipamentos hospitalares, e a mudança de postura/atitude dos profissionais envolvidos e das mulheres.

Entretanto, atualmente, os hospitais apresentam resistência em modificar seus procedimentos de obstetrícia e poucos são os que têm instalações/condições minimamente

apropriadas para, por exemplo, permitir a presença do acompanhante para a gestante em trabalho de parto.

Por conseguinte, é indispensável o compasso entre discurso e a prática; a distância entre o que é recomendado e que é feito pode ser reduzida através da adoção de medidas de ordem gerencial, estrutural, financeira e educativa, propiciando às mulheres brasileiras um parto legitimamente humanizado.

Nesse sentido, aventa-se a importância do respeito à mulher e seus familiares; chamá-la pelo nome, permitir que ela identifique cada profissional (pelo nome e papel de cada um), informá-la sobre as diferentes práticas a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente limpo, acolhedor, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas, tranquilizá-la em suas ansiedades. Essas são atitudes relativamente simples e que exigem pouco mais que boa vontade do profissional.

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.

CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa bibliográfica, pelo fato de ter sido “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 1991, p. 48). Além desses, somou-se a pesquisa de publicações inerentes ao assunto, de naturezas diversas, tais como artigos de jornais e revistas.

Por essa razão, trata-se de uma metodologia que buscou descrever as teorias e os conceitos publicados em livros e obras congêneres, a partir dos quais foram levantados e discutidos conhecimentos disponíveis na área, identificando, analisando e avaliando sua contribuição para auxiliar e compreender o objeto de investigação: a humanização na assistência ao parto.

Esse trabalho se propõe a contribuir com subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à saúde a partir de revisão da literatura indexada e publicada no Brasil, entre 1987 e 2008, utilizando autores como Diniz (2001; 2008), Almeida et al. (2004), Vaitsman e Andrade (2008), Dias e Domingues (2008), além de publicações sobre o tema pelo Ministério da saúde, WHO, OMS, Unicef (estas três últimas encontradas traduzidas em português em artigos eletrônicos), além da Revista de Saúde Pública; todos considerados essenciais para consubstanciar as discussões apresentadas.

Dessa forma, o presente estudo caracteriza-se por ser do tipo descritivo, propondo-se nele descrever as características de um determinado fenômeno, com seu foco no conhecimento da comunidade, podendo ou não estabelecer relações entre algumas situações de ocorrência. A pesquisa descritiva não pretende se limitar à coleta, ordenamento e análise de dados obtidos; exige do pesquisador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias. (TRIVIÑOS, 1987)

CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação do enfermeiro no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento, proporciona fundamentalmente 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.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.S.; DO VALE, I.N.. **Enfermagem Neonatal e aleitamento materno**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/enfermeira.html>>. Acesso em 26 de março 2008.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização**. 2005. [on-line] Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 14 junho 2008.

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. **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.

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.

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.

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=S1413-81232005000300026>. Acesso em 2 abril de 2008.

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 14 março de 2008.

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.

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

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.

GIUGLIANI, E. R. J. **O Aleitamento Materno na prática clínica**. Jornal de pediatria. v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000. Disponível:<<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.asp?cod=161>>. Acesso em: 26 março 2008.

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.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. FEBRASCO/ABENFO. Brasília, 2001.

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

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.

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

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 5 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=S0104-11692006000100012>. Acesso em: 3 de maio de 2008.

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. **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.

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.

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.

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 26 abril 2008.

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.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927>. Acesso em 19 de abril 2008.

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.