

FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM

AYANNY DE FÁTIMA SILVA PIMENTA

PARTO NORMAL VERSUS CESARIANA: vamos deixar
a vida acontecer naturalmente

AYANNY DE FÁTIMA SILVA PIMENTA

PARTO NORMAL VERSUS CESARIANA: vamos deixar
a vida acontecer naturalmente

Monografia apresentada Faculdade Patos de
Minas como requisito parcial para conclusão
do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Elizaine Aparecida
Guimarães Bicalho

PATOS DE MINAS
2010

**618.4
P644p**

**PIMENTA, Ayanny de Fátima Silva.
Parto normal versus cesariana: vamos deixar a vida
acontecer naturalmente/ Ayanny de Fátima Silva Pimenta –
Orientador(a): Prof. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães
Bicalho . Patos de Minas: [s.n.], 2010
49 p.**

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em enfermagem**

**1.Alterações que ocorrem na mulher durante o período
gravídico 2.A importância do pré-natal para a escolha da
via de parto 3. Parto humanizado I. Ayanny de Fátima
Silva Pimenta .Título.**

FACULDADE PATOS DE MINAS
AYANNY DE FÁTIMA SILVA PIMENTA

PARTO NORMAL VERSUS CESARIANA:
vamos deixar a vida acontecer naturalmente

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora _____
Prof.^a Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Ms. Renata Santos
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Ms. Alessandro Freitas Amaral
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Dedico este estudo a minha avó, que sempre me apoiou e me deu força nesta jornada, e aos meus professores que contribuíram com a confecção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida e que me proporcionou mais uma etapa vencida.

Aos meus pais, Rosemary e Vanduir, que me deram a vida. A minha família, que esteve sempre presente nesta jornada, apoiando me dando amor, compreensão e força.

Especialmente a minha avó, Maria, que iluminou os meus caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu trilhasse sem medo e cheia de esperanças, não bastaria um muito obrigado. A você, que se dedicou por inteira e renunciou aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. A você, minha mãe por opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que acontece agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção ímpar. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. Amo você, obrigada por tudo!

Aos meus amigos, em especial a Joice, pelo amor, compreensão dos momentos de ausência e por me proporcionar tanta alegria, sempre me apoiando, dando-me força para vencer esta etapa.

Aos meus professores do curso de enfermagem, que tanto contribuíram com o meu aprendizado, sempre ensinando com amor e dedicação, especialmente à minha orientadora, Elizaine, pela compreensão, paciência e dedicação durante a confecção deste trabalho.

Enfim, a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para que esta vitória fosse alçada.

Obrigada!

Nenhum ato ou gesto é impune, pois sempre gera alguma mudança.

Tagore

RESUMO

O parto é um momento especial e único para o binômio mãe-bebê. O presente estudo teve objetivo de descrever as mudanças ocorridas na mulher durante o período gravídico, ressaltou a importância do pré-natal, analisou os benefícios para o binômio mãe-bebê em relação ao tipo de parto demonstrando a importância da assistência de enfermagem no parto normal. Este estudo foi realizado com caráter qualitativo, através de uma revisão literária na busca de objetivar a importância do parto normal no âmbito de seus benefícios, para mãe e bebê. Foram abordadas nesse trabalho as alterações que ocorrem na mulher durante o período gravídico, a importância do pré-natal na escolha da via de parto, parto humanizado e a assistência de enfermagem ao parto normal. A enfermagem deve participar ativamente da escolha da via de parto minimizando as dúvidas, medos e inseguranças. O enfermeiro desempenha um importante papel no pré-natal, no qual deve-se criar um vínculo com a gestante transmitindo segurança e confiança para que conseqüentemente a gestante tenha uma boa experiência durante toda a gestação e trabalho de parto. A atenção adequada à mulher no momento do parto é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para realizar um bom acolhimento a gestante e a família. Isso facilita a criação do vínculo com a gestante transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

Palavras chave: Parto normal, Cesariana, Assistência de enfermagem.

Abstract

Childbirth is a special and unique to the mother and baby. This study aims to describe the changes in women during pregnancy, stressed the importance of prenatal care, reviewed the benefits to the mother-infant relationship in the type of delivery demonstrating the importance of nursing care in childbirth . This study was qualitative, through a literature review seeking to objectify the importance of normal delivery under its benefits to mother and baby. Were addressed in this study the changes that occur in women during pregnancy, the importance of prenatal care in choosing the delivery method, humanized childbirth and nursing assistance to normal childbirth d. Nursing must participate actively in the choice of delivery route minimizing the doubts, fears and insecurities. The nurse plays an important role in prenatal care, which should create a bond with the mother assuring safety and that therefore the mother has a good experience throughout pregnancy and labor. The proper attention to women during childbirth is a fundamental right of every woman. The health team must be prepared to make a good host family and the pregnant woman. This facilitates the creation of the bond with the pregnant woman passing him confidence and reassurance.

Keywords: Vaginal delivery, Cesarean Section, Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- PHPN** - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- IG** - Idade gestacional
- DPP** - Data provável do parto
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- Rehuna** - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
- mmHg** - Milímetros de Mercúrio

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	27
Figura 1.2	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.3	31
------------	-------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ALTERAÇÕES QUE ACONTECE NA MULHER DURANTE O PERÍODO GRAVÍDICO	15
2.1	Diagnóstico de gravidez	16
2.2	Alterações fisiológicas no período gravídico	17
3	A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA A ESCOLHA DA VIA DE PARTO	22
3.1	Assistência no pré natal	22
3.2	Parto normal	26
3.3	Parto cesárea	29
3.4	Fatores que interferem na escolha do tipo de parto	31
4	PARTO HUMANIZADO	34
4.1	Assistência de enfermagem no parto normal	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase em que a mulher sofre várias mudanças. Ocorrem muitas alterações no organismo da mulher, no seu bem-estar, induzindo o seu subconsciente a ter reações desconhecidas pela gestante.

O parto é um momento muito especial, cheio de emoções que marcam uma mudança na vida da mulher. Por isso, ela deve participar ativamente de todas as decisões sobre o parto.

O objetivo redigido no trabalho foi o de promover reflexão, e uma possível mudança de hábitos entre leitores em relação aos benefícios do parto normal. Os objetivos desse estudo também foram descrever as mudanças ocorridas na mulher durante o período puerperal, ressaltar a importância do pré natal, analisar os benefícios para o binômio mãe-bebê ao tipo de parto e descrever a assistência de enfermagem ao parto normal.

Cabe ao enfermeiro, que é o responsável pela primeira consulta de pré-natal, informar a gestante sobre as mudanças que aconteceram e que ainda vão acontecer no seu corpo e no seu psicológico durante toda a gestação. Deve-se também informar sobre os tipos de partos esclarecendo sobre os seus risco e benefícios.

O parto normal é mais tranquilo, pois acontece naturalmente. Os riscos são menores e os benefícios maiores para o binômio mãe-bebê. É de suma importância que a enfermagem tenha um bom acolhimento a essa gestante, incentivando a participação de um acompanhante que proporciona uma maior tranquilidade ao momento do parto.

A escolha por este tema deu-se pelo fato do alto índice de cesarianas sendo uma grande parte desnecessária. A cesariana é um procedimento cirúrgico o qual deveria ser realizado apenas para atender às necessidades clínicas. É de suma importância que o enfermeiro informe as pacientes os prós e contra dos tipos de parto, incentivando, assim, a escolha pelo parto normal. Deve-se orientar também quanto a questão dos hábitos de vida da gestante, fazer o acompanhamento psicológico, preparar a gestante para o parto e dar noções de puericultura, evitar uso de medicações, tratar pequenos distúrbios

da gravidez e realizar o trabalho de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças da gestação.

Sintetizando, a cesariana é um ato cirúrgico o qual apresenta uma série de riscos, tornando, assim, o parto normal mais benéfico. Mesmo com um maior número de benefícios, o índice de cesarianas está cada vez maior. A enfermagem deve agir em cima disso, conscientizando a população sobre os inúmeros benefícios do parto normal.

A presente pesquisa está embasada na metodologia exploratória, qualitativa, que tem como objetivo a descoberta, a interpretação e o entendimento do assunto abordado, realizado a partir de uma revisão literária, cujas fontes serão livros adquiridos através de empréstimo em instituições de ensino superior, artigos, monografias, teses, dissertações e em bancos de dados eletrônicos. Analisando publicações do ano de 2000 a 2010.

Este estudo é composto por três capítulos: alterações que ocorrem na mulher durante o período gravídico, importância do pré-natal na escolha da via de parto e considerações a respeito do parto humanizado.

2. ALTERAÇÕES QUE OCORREM NA MULHER DURANTE O PERÍODO GRAVÍDICO

A gestação é uma fase em que a mulher sofre várias mudanças. Existem muitas alterações no organismo da mulher, no seu bem estar, induzindo o seu subconsciente a ter reações desconhecidas pela gestante.

Na primeira gestação a inexperiência juntamente com a ansiedade e a expectativa do nascimento do bebê afeta o psicológico da gestante acarretando alterações no nível de ansiedade, tristeza, alegria, melancolia, medo de não ser uma boa mãe.

Para Maldonado (2002) a gravidez é um período de incertezas e conflitos, relacionadas às alterações intra e interpessoais ocasionadas pelo parto o medo do desconhecido.

A gestação é um período de felicidade, complexidade, escolhas na vida da mulher as quais ocasionam muitas dúvidas e estresse.

Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) dizem que a presença de problemas emocionais, ansiedade e estresse em gestantes relacionam-se com complicações obstétricas, como parto pré termo, sangramento e ruptura das membranas, pré eclampsia.

De acordo com Barros, Marin e Abrão (2009) a gravidez é considerada um processo normal do sistema reprodutor feminino, o qual segundo Gonzalez (1994) dura da fecundação até a expulsão do feto do corpo materno.

Podem surgir ansiedade e medo na mãe em relação à formação do bebê e à responsabilidade de ter um ser dependente de seus cuidados. Também pode haver tendência a melancolia. Durante a gravidez a mulher sente-se frágil e mais sensível. (GONZALEZ, 2008, p. 105).

Segundo Anthikad (2005) o comportamento materno não é ensinado à mulher, ele é um impulso fisiológico o qual é desencadeado pela secreção da prolactina hormônio produzido na glândula pituitária.

Culturalmente a gravidez é um período de transição na vida da mulher consequentemente ela deverá assumir um novo papel, o de mãe (CURY, 2005).

2.1 Diagnóstico de gravidez

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião/feto e das alterações que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações de anormalidades que possam comprometer a saúde da

grávida e de sua criança (embrião ou feto), desde o período gestacional até o puerpério. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2003).

Gonzalez (1994) afirma que o diagnóstico da gravidez é obtido através de sinais e sintomas o qual é confirmado por exames de urina e sangue onde é encontrado o hormônio gonadotrofina coriônica.

O desenvolvimento do ser humano desde a fecundação do óvulo até o nascimento, dura em média, 226 dias. No entanto, devido às grandes variações individuais, há certa flexibilidade nesse cálculo. Assim, partos ocorridos até duas semanas antes ou depois do dia calculado pelo médico podem ser considerados normais. (ROVERATTI, 2008, p. 47).

Segundo Barros, Marin e Abrão (2009) os sinais de gravidez são divididos em sinais de presunção que são perceptíveis pela mulher, tais como a amenorreia, a fadiga, náuseas e vômitos, aumento da frequência urinária, alterações mamárias, sensação de movimentos do feto. Os sinais de probabilidade são alterações observadas pelo examinador, como: sinal de Hegar, que é amolecimento cervical e do segmento inferior do útero, testes de gravidez positivo e sinal de Goodell que consiste no amolecimento do cérvix. Os sinais de certeza são: a ultrassonografia com visualização do feto, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a palpação dos movimentos fetais pelo examinador.

A ultrassonografia é de suma importância para a detecção da gravidez, pois consegue detectar movimentos desde que não são perceptíveis pela mãe. Ajuda no diagnóstico de má formação fetal ou diminuição dos movimentos fetais.

2.2 Alterações fisiológicas no período gravídico

Rudge, Borges e Calderon (2006) afirmam que essas alterações acometidas na mulher podem atingir diversos aparelhos do organismo, mas também podem ser apenas locais, principalmente no aparelho genital.

O corpo materno sofre várias alterações fisiológicas em todos os sistemas durante a gravidez. Essas alterações se iniciam na primeira semana de gestação e permanecem no decorrer da gravidez. No momento de expulsão alguns dos sintomas reverterem rapidamente, já outros demoram mais para que desapareça (ZIEGEL; GRANLEY, 2009).

Logo após a amenorréia gestacional, surgem as primeiras alterações mamárias, a primeira a acontecer é a hipersensibilidade mamária, que diminui por volta da décima semana gestacional. A mama prepara-se para a lactação. Com a ação hormonal ela aumenta o seu tamanho e devido à hipertrofia do tecido alveolar a mama apresenta-se nodulada (RUDGE; BORGES; CALDERON, 2006).

Ainda conforme Rudge, Borges e Calderon (2006) o mamilo escurece e aumenta de volume juntamente com a aréola em que as glândulas sebáceas tornam-se hipertróficas e salientes. Também pode acontecer o sinal de Hunter o qual consiste no aparecimento de uma aréola externa ou aréola secundária.

Segundo Leveno et al. (2003) após o segundo mês as mamas aumentam de tamanho e as veias delicadas tornam-se visíveis abaixo da pele, o que também pode ocasionar com freqüência o aparecimento de estrias avermelhada, e essas estrias devido ao processo cicatricial tomam-se mais claras e brilhantes (RUDGE; BORGES; CALDERON, 2006).

Há uma hiperpigmentação da pele devido ao aumento do hormônio melanina. A linha mediana do abdômen passa a ser linha negra. No rosto às vezes surge o cloasma, mancha em forma de máscara que recobre a testa, a raiz do nariz e a região malar. (GONZALEZ, 2008, p. 105).

Ziegel e Cranly (2008) afirmam que devido à ação hormonal a mama aumenta o seu tamanho preparando-se para a lactação, a mesma apresenta-se nodulada devido à hipertrofia alveolar.

Segundo Leveno et al. (2005) o abdômen vai mudando o seu contorno à medida que o útero vai crescendo. O útero estende-se para dentro da cavidade abdominal ocupando mais espaço até o feto contido no útero esteja

completamente dentro dele. A profundidade do umbigo aumenta bastante nos três primeiros meses de gestação, já nos últimos meses a tendência é de se nivelar com o abdômen em alguns casos até acontece a protrusão.

Conforme Ziegel e Cranley (2008) as alterações gestacionais mais acentuadas ocorrem no útero que passa de um órgão pequeno e quase sólido a um órgão que contém um feto, uma placenta e cerca de 500 a 1000 ml de líquido amniótico. O útero gravídico aumenta seu peso cerca de 20 vezes. No final da gestação o útero mede aproximadamente 30 a 35 cm de comprimento, 20 a 25 cm de largura e 22 cm de profundidade.

Rudge, Borges e Calderon (2006) mencionam que o aumento do útero altera a sua consistência o amolecendo-o, especificamente no local da implantação ovular. Forma-se um tampão mucoso que tem a função de proteger a cavidade uterina do meio externo (BARROS et al. 2000).

Segundo Ziegel e Cranley (2008) acontecem uma hipertrofia e uma extensão das células musculares o que ocasiona um aumento na parede muscular uterina. O tecido conjuntivo é elástico aumentando a força da parede uterina. Há também um aumento significativo no tamanho e número de vasos sanguíneos e linfáticos e subseqüentemente gera uma hipertrofia da inervação para o útero.

Rudge, Borges e Calderon (2006) citam que o útero não gravídico é piriforme e está localizado na região intrapélvica. Com o passar de aproximadamente 10 semanas gestacionais já se pode fazer a palpação do útero acima da sínfise púbica. À medida que o abdômen desloca-se para a direita que juntamente com o peso e volume uterino promove a compressão da bexiga causando o aumento do número das micções.

Conforme dito por Ziel e Cranley (2008) a parte superior do útero fica livremente no abdômen e a parte inferior é fixa às conexões cervicais, o que gera uma grande mobilidade uterina.

As artérias uterinas aumentam em tamanho e número, pois o suprimento sanguíneo aumenta cerca de 20 a 40 vezes. As veias uterinas aumentam em tamanho e se dilatam para fornecer uma adequada drenagem venosa para o grande fluxo sanguíneo uteroplacentário. Essas alterações acometidas nos vasos sanguíneos revertem rapidamente após o parto, cerca de uma semana (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Rudge, Borges e Calderon (2006) afirmam que há um aumento das paredes vaginais as quais perdem a sua característica rugosa. Há o aparecimento do sinal de Kluge que é o arroxamento ou escurecimento das paredes vaginais devido ao aumento do fluxo sanguíneo. A vulva também apresenta sinais de hipertrofia, permanecendo com os pequenos lábios entreabertos. Na região externa existe um hiperpigmentação que se estende ao períneo, tornando essa região mais escurecida.

Conforme Gonzalez (1994) durante a gestação a presença de secreção vaginal de consistência friável e apresenta cor clara, que aumenta a acidez vaginal, ph de 3,8 a 5,4.

Segundo afirmação de Takiviti (2007) durante a gestação ocorre um aumento do débito cardíaco o qual não consegue compensar a vasodilatação, ocasionando uma queda da pressão arterial como consequência de uma expansão de sódio e de água gerando a expansão do volume plasmático.

Há um aumento no débito cardíaco no primeiro trimestre de gestação que pode aumentar de 30 a 40% na vigésima quarta semana gestacional. Quando ocorre um aumento da pressão arterial o débito cardíaco diminui em resposta ao reflexo do sistema nervoso parassimpático (CARVALHO, 2007).

Rudge, Borges e Calderon (2006) mencionam que os níveis pressóricos diminuem durante a gravidez e sofre a maior queda por volta do terceiro trimestre. Takiuti (2005) ressalta que não há uma mudança significativa na pressão arterial sistólica já a diastólica diminui de 5 a 10 mmHg. Essa hipotensão é responsável pela tontura que acomete as gestantes.

Conforme Leveno et. al. (2005) o diagnóstico de cardiomegalias por raios-X simples é muito complicado devido ao aumento fisiológico da silueta cardíaca ocasionada por infiltração pericárdica benigna. Com o aumento do coração, ele se desloca-se lateralmente mudando, assim, a localização de seu ápice.

Gonzalez (1994) define que o aparecimento da anemia fisiológica da gravidez se dá pelo fato do sangue, tornando-se mais diluído pelo aumento do volume sanguíneo que abaixa os níveis de eritrócitos no sangue.

Takiviti (2007) cita que ocorrem alterações anatômicas no sistema respiratório por volta d trigésima sétima semana de gestação. A caixa torácica aumenta o seu diâmetro transverso cerca de 2 cm, os ângulos sub costais

alargam-se em resposta aos 4 cm de elevação do diafragma. Deste modo a circunferência torácica aumenta cerca de 6 cm, apresentando assim uma expiração mais demorada.

Conforme citado anteriormente os pulmões são comprimidos, o que ocasiona uma dificuldade de expansibilidade, gerando a dispnéia.

Segundo Carvalho (2007) o aumento da frequência respiratória acontece devido o aumento da frequência cardíaca pelo acréscimo da necessidade de oxigênio para suprir as necessidades da mãe e do feto.

Gonzalez (1994) diz que a ação de hormônios juntamente com a compressão da bexiga pelo útero gera uma diminuição de sua capacidade reservatória aumentando assim a frequência das micções.

“Durante a gestação, modificações anatômicas e funcionais no trato urinário inferior possivelmente alteram os mecanismos envolvidos com a continência urinária, desencadeando sintomas urinários.” (SCARPA, 2006, p.153).

Os rins aumentam o seu peso, tamanho e vascularização gerando, um aumento de 50% na filtração glomerular e cerca de 60% a 80% no fluxo plasmático renal, em consequência há uma grande perda de nutrientes, uréia e creatinina. A glicosúria está presente pelo fato da diminuição da absorção tubular da glicose e do aumento da filtração glomerular (CARVALHO, 2007).

Segundo Ziegel e Cranley (2008) os ureteres e pelve renal dilatam-se e aumenta o volume de urina armazenado neles é aumentado gerando um maior intervalo entre a formação de urina e a armazenagem na bexiga.

Segundo Rudge, Borges e Calderon (2006) as alterações acometidas no sistema gastrointestinal são para beneficiar a absorção de nutrientes para a mãe e para o concepto. Devido à diminuição dos níveis de glicose e aminoácidos ou mesmo por alteração no balanço energético aumenta o apetite e a sede esses sintomas tende a continuar até o final da gravidez.

Conforme Leveno et al. (2005) com o descolamento e o crescimento do útero comprimem o estomago e o intestino, o que causa um refluxo de secreções esofágicas, levando à pirose ou queimação. O tempo de esvaziamento gástrico e do transito intestinal são diminuídos por fatores hormonais ou mecânicos juntamente com a pressão nas veias abaixo do útero aumentadas pode ocasionar o aparecimento de hemorróidas.

Segundo Carvalho (2007) há um aumento na prevalência de cálculos biliares de colesterol devido a uma disfunção da concentração da vesícula biliar e o aumento da saturação do colesterol gerando a estase.

3 IMPORTÂNCIA DO PRÉ NATAL PARA A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

“A assistência pré-natal é o primeiro passo para a vivência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado”. (BRASIL, 2003, p. 47).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Deve-se orientar os hábitos de vida da gestante, fazer o acompanhamento psicológico, prepara a gestante para o parto e dar noções de puericultura, evitar uso de medicações, tratando pequenos distúrbios da gravidez e realizando prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças da gestação (RESENDE FILHO, 2007).

O cuidado do pré natal é definido como um programa abrangente anteparto que envolve uma abordagem coordenada do manejo médico e psicológico iniciada antes da concepção e estendida até o período anteparto. O número médio de visitas pré-natal é de 12 por gestação, e mais de 80% das grávidas iniciam o cuidado pré-natal no primeiro trimestre. (LEVENO et al, 2005, p. 43).

3.1 Assistência no pré-natal

“O pré-natal é uma assistência multidisciplinar à mulher durante o ciclo gravídico puerperal com finalidade de orientá-la [...]” (BRUNO E PARTAMIAN, 2008, p. 217).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primária para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL, 2002). Conforme Duarte (2005) a humanização é de suma importância, pois assim o paciente passa a ser tratado como pessoa, e não como a doença.

É muito importante que a equipe de saúde trata o paciente num todo e não a patologia. Em hipótese alguma se deve referir ao paciente pelo nome da patologia, pois todo paciente tem nome, o qual foi dado para ser usado.

A atuação do enfermeiro começa desde o pré-natal, em que é realizado um trabalho de orientação, com o objetivo de esclarecer as dúvidas das

gestantes, pois nessa fase os sentimentos de medos, incertezas inseguranças aumentam.

Confirmado o diagnóstico, inicia-se o acompanhamento da gestante através da inscrição no pré-natal, com o preenchimento do cartão, onde são registrados seus dados de identificação e socioeconômicos, motivo da consulta, medidas antropométricas (peso, altura), sinais vitais e dados da gestação atual. (BRASIL, 2003, p. 49).

A prioridade das consultas varia de acordo com a rotina da unidade de saúde e com o estado geral da paciente, mas em geral as consultas são mensais até sete meses e meio, quinzenais a partir da trigésima semana e semanais no último mês (GONZALEZ, 2008).

Conforme O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) na primeira consulta deve ser realizado a anamnese completa da paciente incluindo os antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos não se esquecendo da situação da gravidez atual. E também deve ser feito o exame físico completo. Os dados colhidos devem se anotados no prontuário e no cartão da gestante.

Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.26) preconiza que no exame físico geral seja realizado:

A determinação do peso e da altura; medida da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); ausculta cardiopulmonar; determinação da frequência cardíaca; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros). Específico (gineco-obstétrico): exame de mamas (realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição da fórmula infantil); palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; inspeção dos genitais externos; exame especular: a) inspeção das paredes vaginais; b) inspeção do conteúdo vaginal; c) inspeção do colo uterino; d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer) se houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento; toque vaginal.

Anamnese deve conter estado geral da paciente, história de saúde, doenças e cirurgias ginecológicas, história de doenças familiares em parentes

de até segundo grau, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e casos de gemelares e má-formação congênita, historia das gestações anteriores e atual (GONZALEZ, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), na primeira consulta, deve-se preencher o cartão da gestante e o número de SISPRENATAL. Rezende Filho (2007) completa que deve ser feito o cálculo da idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), fazer o pedido de exames complementares: hemograma completo, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia em jejum, reações sorológicas para toxoplasmose, HIV, hepatite B e C, rubéola e urina rotina, verificar o cartão da gestante.

Cabe à enfermagem acompanhar as gestações de baixo, sendo responsável pela solicitação de exames laboratoriais, pela coleta de exame preventivo, prescrição de tratamento. Pode-se também organizar grupos para enfocar sobre: o aleitamento materno, preparo para o parto, cuidados com o recém nascido e vacinação (SANTOS; SILVA, 2008) .

Nas consultas subsequentes deve-se fazer a anamnese atual, cálculo e anotação da idade gestacional, controle do cartão de vacinação, exame físico geral e gineco-obstétrico, interpretação de exames e solicitação de outros, caso necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005)

Deve-se orientar a gestante quanto à importância dos cuidados com as mamas, e prepará-las para a amamentação desde o início da gravidez. Alguns cuidados devem ser feitos como a fricção do mamilo com uma toalha de banho, exposição das mamas ao sol (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2003)

Figueiredo (2008) preconiza que para que o enfermeiro realize um bom pré-natal ele deve gostar da profissão; gostar da área de obstetrícia; estar motivado a cuidar da gestante, envolver-se na comunidade em que trabalha e estar constantemente envolvido com a família da gestante.

Conforme Rezende Filho (2007) as roupas não devem ser apertadas. Usar de um sutiã com boa sustentação devido ao aumento mamário e sapatos de salto alto devem ser evitados. São todas informações simples que devem ser repassadas às pacientes pela equipe de enfermagem.

Deve ser estimulada uma alimentação saudável para prevenir distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição como o baixo

peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; deve-se fazer ainda a suplementação de ferro e ácido fólico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

A alimentação deve ser rica em proteínas, vitaminas, cálcio e ferro para um melhor desenvolvimento do feto, melhor condição para a mãe no parto e pós parto, melhor lactação. Tomar água várias vezes ao dia (GONZALEZ, 2008).

Explicar e orientar a gestante que náuseas, vômitos e pirose são comuns na gestação principalmente no início. É necessário fracionar as refeições, uma média de seis refeições diárias. Frituras, gordura devem ser evitadas e a ingestão de líquidos durante as refeições. Comer bolachas de sal antes de levantar ou chupar laranja, ameniza os enjoos. Caso apresente vômitos frequentes, agendar consulta médica ou de enfermagem para avaliar a necessidade de terapia medicamentosa (BRASIL, 2003).

Segundo Gonzalez (2008) a atividade física deve ser moderada para evitar a fadiga. Dormir oito horas diárias e no final da gestação o repouso deve ser em decúbito lateral esquerdo, com um travesseiro apoiando as pernas e o abdômen. Deve ser abolido o uso de álcool e fumo. As câimbras acontecem pela compressão dos vasos para evitá-las deve-se fazer exercícios e ter uma boa alimentação.

A gestante deve aderir-se a uma vida saudável, praticar esportes, ter uma alimentação saudável o que não significa que ela deve comer para dois. A prática de uma vida saudável ajuda na formação e desenvolvimento de um bebê e um trabalho de parto sem intercorrências significativas.

Deve-se orientar a gestante também sobre os medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; atividade sexual; sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço). Há também as orientações e o incentivo para o aleitamento materno; sinais e sintomas do parto; cuidados no pós parto; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação; importância da participação do pai durante a gestação e do desenvolvimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância da realização da triagem neonatal na primeira semana de vida do recém-nascido; importância do

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

3.2 Parto normal

“O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe-filho.” (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 414).

Parto é a combinação de fenômenos pelos quais o feto, a placenta e as membranas se desprendem e são expulsos do corpo da gestante. O feto pode ser expulso pelas vias genitais (parto espontâneo) ou extraído por meios cirúrgicos (cesariana). (GONZALEZ, 2008, p. 133).

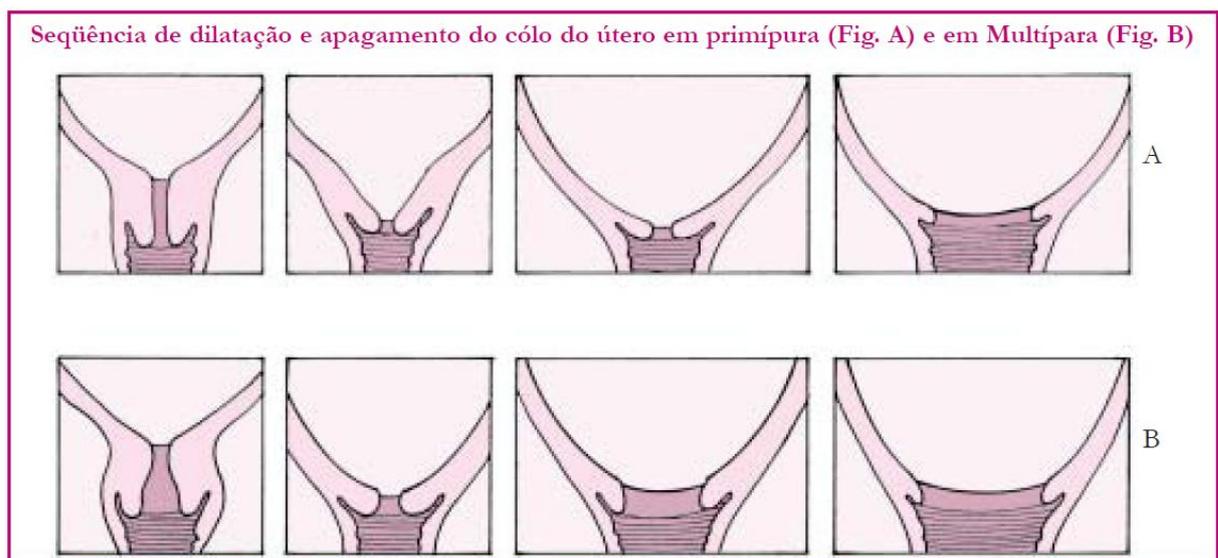
De acordo com O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) os sinais do trabalho de parto são a bolsa de líquido amniótico, que pode ou não romper-se; a barriga pode apresentar contrações, ou seja, uma dor tipo cólica que a fará endurecer e que será intermitente, iniciando-se com intervalos maiores e diminuindo com a evolução do trabalho de parto; ocorre à saída de um muco branco chamado tampão mucoso, o qual pode ter sinais de sangue no momento do trabalho de parto.

O trabalho de parto é dividido em três períodos de dilatação do colo, expulsão do feto e dequitação da placenta (GONZALEZ, 2008). Segundo Melsom et al. (2002) período de dilatação é dividido em três fases, são elas:

- Fase latente: tem duração de 8 a 10 horas, ocorre a dilatação cervical de cerca de três centímetros, há presença de contrações suaves com intervalo de 5 a 30 minutos com duração de 10 a 30 segundos, as membranas se rompem ou não, pouca secreção vaginal castanha ou rosada (tampão mucoso), nas primíparas o esvaecimento da cérvix é concluído antes da dilatação e tem apresentação 0 já as múltiparas o esvaecimento da cérvix acontece juntamente com a dilatação e o segmento de apresentação é -0 a -2.**

- Fase ativa: dura cerca de seis horas, a dilatação da cérvix e de 4 a 7 cm, as contrações uterinas são moderadas de intervalo de 3 a 5 minutos e com duração de 20 a 45 segundos, com localização do segmento de apresentação de 0 a +1 e batimentos cardíacos do feto audíveis na região abdominal baixa.
- Fase de transição: duração de uma a seis horas, a dilatação da cérvix é de 8 a 10 cm, as contrações se tornam fortes com intervalos de 2 a 3 minutos e com duração de 45 a 60 segundos, segmento de apresentação +2 a +3 e os batimentos cardíacos do feto audíveis diretamente acima da sínfise púbica.

A seguir na figura 1.1 apresenta a sequência de dilatação e apagamento do colo do útero:



Fonte: **MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, p.75, 2003.**

Conforme Resende Filho (2007) o período de expulsão do feto é dividido em insinuação, descida e desprendimento.

Melsom et al. (2002) complementa que esse período tem duração de 20 a 50 minutos.

Insinuação: o feto encaixa-se e desce na abertura da pelve e começa a aparecer na vulva durante as contrações (GONZALEZ, 2008).

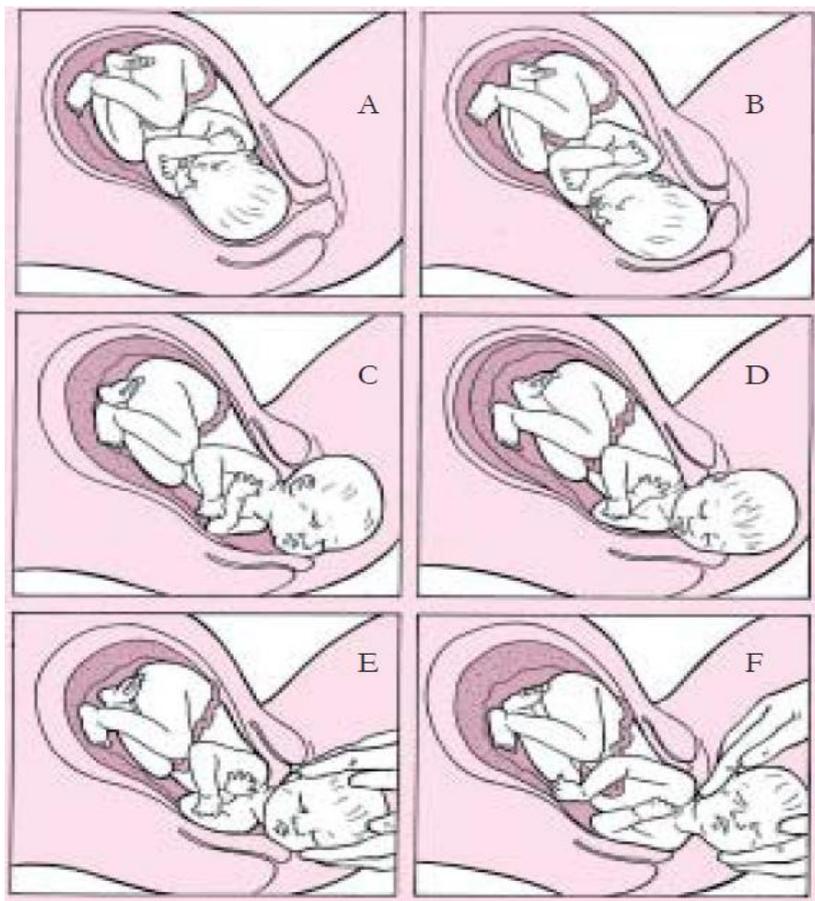
Descida: na verdade na descida começa no início do trabalho de parto e só termina com a expulsão total do feto. Completando a insinuação, a cabeça do feto migra até o assoalho pélvico e a circunferência máxima encontra-se na altura do estreito médio da bacia (RESENDE FILHO, 2007).

Segundo Gonzalez (2008), nesse momento, é realizada a episiotomia para evitar lacerações do períneo e lesão do feto.

Desprendimento da cabeça é acompanhado de movimentos de rotação interna e externa. Rotação interna é a rotação da cabeça de tal maneira que o occipito gradualmente move-se da sua posição original anteriormente em direção à sínfise do púbis, ou menos comum, posteriormente em direção à concavidade do sacro. Rotação externa é a rotação da cabeça após a expulsão sofre restituição. Se o occipito estava originalmente direcionado para a esquerda, ele rota em direção à tuberosidade isquiática esquerda; se originalmente estava dirigida para a direita, o occipito rota para este lado (LEVENO et al., 2005).

Depois que a cabeça sai acontece o desprendimento do corpo, após a saída de um ombro o restante do feto sai rapidamente (GONZALEZ, 2008). A figura 1.2 está exemplificando a seqüência do trabalho de parto:

Figura 1.2 seqüência do trabalho de parto.



Fonte: **MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, p.37, 2003.**

A dequitação inicia-se logo após a expulsão do bebê, em geral dura cerca de 5 a 30 minutos (MELSOM et al., 2002).

Gonzalez (2008) complementa que a placenta descola-se e é expulsa pelas contrações uterinas; juntamente com a placenta saem o cordão umbilical, as membranas cório e as que formam a bolsa amniótica.

Segundo Roveratti (2008) a saída da placenta provoca um aumento hormonal em que uma parte é eliminada juntamente com a placenta e a outra cai na circulação. Esses hormônios compensam a perda de sangue repentino ajudando a mulher a se recuperar. Nos primeiros minutos após o parto, mãe e bebê continuam ligados pelo cordão umbilical, que pulsa e leva oxigênio ao bebê. Alguns médicos cotam esse cordão imediatamente já outros fazem isso um pouco mais tarde. Ainda na sala de parto a mulher perde cerca de seis quilos correspondentes ao peso do bebê, da placenta, do líquido amniótico e dos sangramentos.

As vantagens do parto normal são imensas. Pelo lado psicológico, a interação mãe- bebê é favorecida. Do ponto de vista físico o parto normal não deixa cicatrizes aparente, as chances de aderências, hemorragias e infecções são bem menores. A recuperação pós-parto é bem mais rápida. As vantagens não são só para a mãe mas também para a criança. O bebê recebe um aviso biológico que está na hora de nascer, assim, prepara-se para esse momento, nascendo mais esperto e com menos problemas de adaptação (ROVERATTI, 2008).

3.3 Parto cesárea

Resende filho (2007) explica que a origem do termo cesárea tem três explicações:

A primeira diz respeito à lenda que Júlio César nasceu dessa operação que em 100 a.C até no século XVII era invariavelmente fatal, mas a mãe de Júlio César viveu muitos anos após o seu nascimento.

A segunda explicação é que o termo cesariana foi derivado da lei romana, do século VII a.C, esta lei criada por Numa Pompilio, ordenava que esse procedimento só deveria ser realizado em mulher moribundas a fim de salvar a criança.

A terceira explicação é a mais lógica, a qual fala que o termo foi derivado na Idade Média do latim caedere, cortar.

Leveno (2005) define a cesariana como um parto cirúrgico através de insiões na parede abdominal e no útero para liberar o concepto aí desenvolvido.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que antigamente a cesárea era uma alternativa escolhida apenas em situações extremas tentando salvar apenas a vida do feto, já que raramente as mulheres sobreviviam a esse procedimento. Com os progressos das técnicas cirúrgicas e anestesia a cesárea tornou um procedimento bastante seguro. Conseqüentemente houve um aumento no número de cesarianas, sendo até, muitas vezes, desnecessárias.

Os motivos para a escolha de uma cesariana deveriam ser apenas clínicos (ROVERATTI, 2008).

Eis as indicações de cesárea: apresentação pélvica, gestação gemelar, sofrimento fetal agudo e crônico, macrosomia, apresentações anômalas, placenta previa, descolamento prematuro de placenta, proclividade de cordão, malformações congênitas, herpes genital, infecção pelo HIV, cesarianas prévias, desproporção cefalopélvica. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2002 apud RESENDE FILHO 2007 p. 537).

A anestesia é a raquianestesia, em ambiente cirúrgico é feita a antissepsia e colocado os campos, a paciente é colocada em Trendelenburg moderada com uma inclinação de 35° a 45°. Essa posição é realizada para a incisão dentro do monte de púbis facilitando o descolamento aponeurótico e a retirada do feto (RESENDE FILHO, 2007).

Uma incisão horizontal, de 15 a 20 cm, será feita acima dos pêlos pubianos, através da parede da barriga e então através do útero. Ao alcançar o bebê o cirurgião irá tirá-lo suavemente. A equipe removerá a placenta e a examinará, assim como o bebê. O corte fechado com pontos. O procedimento deve ser de aproximadamente 30 minutos, o parto leva 5 a 10 minutos e o fechamento do corte, em torno de 20 minutos. (ROVERATTI, 2008, p. 62-63).

A morbidade da cesariana é de 5 a 20 vezes superior que a do parto normal. As complicações são mais frequentes, entre elas estão os hematomas, abscessos de parede, hemorragias, infecção do trato urinário, deiscência da cicatriz cutânea, pelviperitonite, tromboflebite, íleo paratítico, acidentes anestésicos e infecção do sítio operatório (RESENDE FILHO, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) apenas das melhorias da técnica da cesárea ainda existem muitos riscos, conseqüentemente podendo gerar complicações como: infecção, hemorragia, tromboembolismo, infecção urinária e ainda o risco de transmissão do vírus da hepatite B e da imunodeficiência humana.

3.4 Fatores que interferem na escolha do tipo de parto

“A escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico.” (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006, p. 227).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) é de suma importância que o profissional da saúde conheça os riscos para que possa levar em consideração no momento da escolha da via de parto, e também para informar a mulher para que faça uma escolha consciente. Para cumprir esses objetivos as vantagens e desvantagens associadas ao tipo de parto estão resumidas na tabela a seguir:

Risco	Parto normal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável. Podendo ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com anestesia	Anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior
Complicações	Menos freqüentes	Mais freqüentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menos risco	Maior risco

Fonte: **MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, p.37, 2001.**

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2003) preconiza que apenas 10% a 20% dos partos sejam cesarianos. Deveriam ser indicada a cesariana apenas para as mulheres que apresentam problemas de saúde, ou em casos que o parto normal traria riscos ao recém-nascido ou a mãe

Conforme Faúndes (1991) são inúmeras as razões por que as mulheres dão preferência á cesariana, entre eles se destaca o medo da dor durante o trabalho de parto e parto. E a ideia de poder marcar o dia e hora do nascimento de seu filho sem sentir dores, pois era receber fortes doses de analgésicos após a cirurgia.

O medo é um dos principais motivos para que o alto índice de cesarianas desnecessárias. A população tem a concepção que as dores do parto normal são insuportáveis e que a cesariana é isenta de dores.

Enquanto a maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser rejeitada quando não há indicação médica, porque implica maior risco de complicações para mãe e filho, outros dão preferência ao parto cesáreo em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica.(FAÚDES et al., 2004, p. 489).

Segundo Bezerra e Cardoso (2006) o parto no tempo primitivo era um acontecimento normal, entretanto nos tempos atuais a sociedade é influenciada a sentir dor, pois desde a infância escuta falar dos sofrimentos do parto criando assim um complexo de medo e apreensão. O parto é cercado de mitos e crenças, a Bíblia Sagrada diz que as dores do parto são como um castigo por ter cometido o pecado original, é uma provação que as jovens devem passar para se tornarem mulheres.

Em nossa sociedade, além da laqueadura tubária, outros fatores contribuem para as altas taxas de cesárea: pensamento por parte da mulher de que este tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina para as relações sexuais, falta de remuneração da anestesia para o parto normal, falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas, conveniência médica e falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna. (TEDESCO et al., 2004, p. 792).

Como pelo SUS não se faz laqueadura por vídeo laparoscópica acaba fazendo uma cesariana com o intuito de se fazer a laqueadura.

A preferência dos médicos pela cesariana dá-se por vários motivos. Hoje em dia o de maior relevância é a convivência de uma intervenção programada, que tudo acontecera na hora e no tempo marcado, ao contrário do parto normal, que acontece em qualquer hora, nos finais de semanas e feriados,

ocupando, assim, uma maior parte do seu tempo (FAÚNDES, 1991). Para os médicos é bem mais cômodo fazer uma cesariana, em que ele pode marcar na hora e o dia que ele quiser, em horários mais livres e requer um menor tempo de assistência

4 PARTO HUMANIZADO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o conceito de humanização é bem amplo, o qual envolve uma série de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a um melhor atendimento ao parto e ao um nascimento saudável ao bebê, diminuindo, assim, os índices de morbimortalidade materna e perinatal.

O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde não para que haja uma melhoria do atendimento, mas também, o bem estar da parturiente, através da participação da família durante o trabalho de parto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Os profissionais devem respeitar os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais, ajudando-a a diminuir a ansiedade e insegurança, o medo do parto, da solidão do ambiente hospitalar e dos possíveis problemas do bebê. (MINISTERIO DA SAÚDE, BRASIL, 2003, p. 72).

Para que haja um bom desenvolvimento do trabalho de parto é necessário um equilíbrio entre o bem estar físico e o psicológico, que favoreça a redução dos riscos e complicações. A gestante tem o direito à privacidade, segurança, conforto, uma assistência humanizada de qualidade e apoio familiar. Todos esses fatores transformam o parto em um momento único e especial (MOURA et al., 2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) complementa que os profissionais da área da saúde desempenham uma importante função. Eles têm a oportunidade de esclarecer as dúvidas das gestantes promovendo uma melhoria do seu bem estar. Eles podem intervir em momentos de dor para minimizá-la, oferecer um conforto, dar apoio físico e psicológico. Não é fácil desempenhar este papel, em que a maioria dos profissionais vê a gravidez e o parto como um processo biológico, em que é valoriza-se o patológico. O Ministério da Saúde visa o atendimento individualista em que se deve criar, com cada gestante, um vínculo e perceber suas reais necessidades.

Moura et al. (2005) complementa que a assistência à mulher no período puerperal no Brasil ainda segue o modelo biomédico, o qual fragmenta o ser humano, o que conseqüentemente influencia na permanência e aumento do número de procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, muitas vezes de forma desnecessárias. A conseqüência dessa assistência tecnocrática tem refletido nos altos índices de morbimortalidade materna. A atenção ao parto segue duas concepções: uma caracterizada pelo modelo intervencionista, que está relacionada com a visão cartesiana a qual visa ao risco, que é mais praticada pelos médicos, já os enfermeiros vem utilizando o modelo holístico, que visa mais o ser humano.

Com a construção deste vínculo dito anteriormente, a gestante sentirá mais segura e confiante em relação ao profissional. Assim ela seguirá as orientações prescritas pelo profissional.

Como o enfermeiro é o profissional da área da saúde que mais tem contato com a mulher, o Ministério da Saúde tem criado portarias as quais favorecem a atuação destes profissionais na atenção integral à saúde da mulher, especialmente no período gravídico e puerperal. Este atendimento às mulheres é de suma importância na diminuição de intervenções, riscos e, conseqüentemente, da humanização da assistência em enfermagem (MOURA et al., 2007).

O Ministério da Saúde, criado na década de 80, passou a incentivar através das casas de partos normais e de programas específicos, a humanização do trabalho de parto. Já em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) e em 1998, o Ministério da Saúde reconheceu a assistência humanizada prestada pela enfermeira obstetra nos hospitais públicos (MOURA et al., 2007).

Qualquer indivíduo, diante do desconhecido e sozinho, tende a assumir uma postura de defesa, gerando ansiedade e medos. A gestante não preparada desconhece seu corpo e as mudanças que o mesmo sofre. O trabalho de parto é um momento no qual a mulher se sente desprotegida e frágil, necessitando apoio constante. (MINISTERIO DA SAÚDE, BRASIL, 2003, p. 73).

Conforme Moura et. al (2007) o programa de humanização da assistência ao parto normal no Projeto Medwirery tem como objetivo o resgate do

processo fisiológico do parto de forma positiva e sem traumas. Deve-se aumentar o conforto físico com massagens, posturas variadas, músicas, métodos de respiração e práticas para, conseqüentemente, favorecer um bom desenvolvimento do trabalho de parto e fornecer um maior conforto e segurança à mulher e a seu bebê. Desde 1998 o Ministério da Saúde está qualificando enfermeiras obstétricas para inseri-las na assistência ao parto normal. Estas medidas visam à humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias e conseqüentemente, diminuir os índices de cesarianas e de morbidade materna e perinatal.

Segundo Rezende (2006) existe alguns objetivos para que melhore a qualidade do serviço de saúde, dentre eles estão:

- garantir a assistência durante a gravidez, parto, puerpério e planejamento familiar;
- possuir uma estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal;
- garantir informações sobre saúde reprodutiva e os direitos da mulher;
- incentivar o parto normal humanizado;
- avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal;
- ter rotinas escritas para normalizar a assistência;
- treinar toda a equipe para a implementação de rotinas;
- possuir arquivo e sistema de informação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ressalta que é de suma importância a participação de um acompanhante em todo o pré-natal, no trabalho de parto e no parto, vivenciando, assim, a experiência do desenvolvimento e o nascimento do bebê. Cabe ao enfermeiro dar as orientações, aconselhamentos e esclarecer sobre os procedimentos, que serão realizados durante o trabalho de parto.

O acompanhante deve estar preparado emocional e conscientemente de todos os possíveis procedimentos que poderão ser realizados durante o

trabalho de parto e parto conseqüentemente passará segurança e tranqüilidade para mulher nesse momento.

A atenção adequada à mulher no momento do parto é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para realizar um bom acolhimento à gestante e à família. Isso facilita a criação do vínculo com a gestante transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Neste sentido, é de fundamental importância chamá-la pelo nome, informá-la sobre os diversos procedimentos a que será submetida, proporcionar um ambiente acolhedor, confortável e silencioso, esclarecer todas as dúvidas, aliviando a ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2001).

Rezende (2006) ressalta que no momento do parto a mulher se sente insegura. Cabe ao enfermeiro auxiliá-la, passando para ela uma sensação de segurança. O ambiente do parto deve ser calmo e agradável.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o trabalho de parto deve se abordado com uma ética profissional em todas as situações de atenção a saúde. Visa à adequada identificação de toda a equipe de saúde, um vestuário adequado. São de suma importância que toda a equipe respeite a intimidade e a privacidade da parturiente.

Conforme Branden (2001) é recomendado a não utilização de métodos invasivos e nem métodos farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto deve-se utilizar métodos de massagens e técnicas de relaxamento.

Diniz (2005) preconiza que existem algumas condutas que devem ser abolidas como: o uso rotineiro de enema e raspagem dos pelos pubianos, infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, exame retal, massagens ou distensão do períneo durante o parto, lavagem rotineira do útero depois do parto dentre outras.

4.1 Assistência de enfermagem no parto normal

Antigamente a assistência no parto era feito pelas parteiras as quais não tinham conhecimento científico, apenas experiência. A partir do século XX, na

década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu um controle da gravidez (MOURA, et al., 2007).

A OMS visa a uma gestação de baixo risco, podendo ser assistido com segurança, em casa, numa casa de parto ou na maternidade de um hospital, sendo a enfermeira-parteira a profissional mais adequada para a realização desta função (CAMPOS, et. al, 2007).

A atenção à saúde da gestante e a adequada assistência ao parto contribuíram para a promoção da saúde e do recém-nascido. O período da gestação e parto são experiências marcantes para a vida reprodutiva do ser humano (BARROS, 2009, p. 189).

Por volta de quinze dias antes do parto acontecem várias alterações no corpo da gestante. Este período caracteriza o pré-parto ou trabalho de parto secreto (PÉRET; CALDEIRA; PAULA, 2005).

Segundo Ziegel e Cranley (2008) a equipe de enfermagem que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve ser capacitada ter habilidades quanto aos cuidados técnicos e fisiológicos do trabalho de parto, também deve passar aconchego e tranqüilidade.

Durante o trabalho de parto deve-se avaliar o bem estar físico da mulher como também o estado emocional, em que se deve explicar todos os procedimentos de rotina a que será submetida. A mulher informada faz melhor a sua parte. A enfermagem se lida com o ser humano em um todo, não apenas com os problemas, devendo levar em consideração, portanto o psicológico da paciente.

O apoio emocional de um acompanhante de escolha da parturiente é eficaz para que a mulher possa suportar a dor e tensão. O acompanhante necessita passar tranquilidade e segurança para a paciente. É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para a execução de suas atividades juntamente com o acompanhante, informando sobre a evolução e conduta realizadas no trabalho de parto. São atitudes simples, mas eficazes que podem influenciar positivamente o parto (MOURA, et al., 2007).

A qualidade no atendimento médico-hospitalar vai muito além de belíssimas instalações e equipamentos de última geração, ter pacientes e funcionários satisfeitos. É algo que tem a ver com a solidariedade humana, a vida e a morte.

Segundo Moura et al. (2007) a enfermagem tem participado das principais discussões sobre a saúde da mulher em defesa do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. Diante disso, o Ministério da Saúde tem criado portarias que favorecem a atuação dos enfermeiros na atenção integral à saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e conseqüente humanização da assistência tanto em maternidades, como em casas de parto.

Segundo Ziegel e Cranley (2008) a parturiente dá entrada no hospital na fase inicial do trabalho de parto. Assim que a gestante entrar na sala de parto, a enfermeira deve cumprimentá-la de maneira agradável de modo que passe confiança. Deve-se realizar um exame geral para o planejamento do plano assistencial de enfermagem, obter as seguintes informações: quando começou as contrações, com qual frequência, quanto tempo dura, se houve a ruptura da bolsa ou sangramentos e a data provável do parto.

Nas parturientes que não realizaram pré-natal, deve-se determinar as taxas de hemoglobina e do hematócrito, a tipagem sanguínea e o exame de urina, teste HIV e hepatite B (RUDGE; BORGES; CALDERON 2006).

O médico ou enfermeira obstétrica verifica se ela realmente está em trabalho de parto, realiza o toque para verificação da dilatação do colo do útero, anamnese e exame obstétrico. A equipe de enfermagem deverá pedir que a gestante esvazie a bexiga, pesar e verificar os sinais vitais e colocar a gestante na mesa de exames em decúbito dorsal sem roupa da cintura pra baixo, dando sempre o apoio para evitar as quedas (GONZALEZ, 2008).

Deve-se estimular a deambulação desta gestante e as posições ortostáticas, pois ajudam a diminuir o tempo do trabalho de parto e contribuem para uma maior eficácia na dinâmica uterina. Deve-se auscultar os batimentos cardíofetais antes, durante e após a contração uterina no intervalo de uma hora ou a cada trinta minutos no período de dilatação, e a cada quinze minutos no período expulsivo. Essa ausculta contribui na avaliação de vitalidade fetal e na detecção de possíveis desacelerações. A avaliação da dinâmica uterina é percebida com a mão espalmada no fundo do útero em que se tem a sensação de endurecimento e relaxamento do músculo uterino. É de suma importância a

análise dessas contrações. A atividade uterina aumenta desde o início do trabalho de parto até a expulsão total do feto. Deve-se avaliar também a coloração do líquido amniótico, que deve ser claro e com presença de grumos. Se o líquido amniótico estiver esverdeado é sinal de presença de mecônio (BARROS, 2009).

Yamashita e Gozzani (2007) complementam que se deve acompanhar a dilatação cervical e a altura de apresentação; nas múltiparas a insinuação só acontece no final da dilatação começo da expulsão já nas primigestas a insinuação de da no início do trabalho de parto.

Rudge; Borges; Calderon (2006) visam a se ter um controle do estado geral da paciente, avaliando a temperatura, frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial.

A profilaxia da infecção é de suma importância na assistência á gestante em trabalho de parto. Antigamente era realizada a tricotomia da região suprapúbica, vulva, face interna das coxas e região anal. Os médicos acreditavam que a tricotomia permitia uma melhor higienização da região evitando, assim, infecções. Entretanto as pesquisas provaram ao contrário que a tricotomia pode aumentar o risco de infecção devido aos cortes e escoriações que servem como porta de entrada para os microorganismos (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Conforme Rudge; Borges; Calderon (2006) quando não ocorre a ruptura das membranas espontaneamente a ruptura mecânica, denominada amniotomia, deve ser realizada quando considerada oportuna por volta de 8 cm de dilatação.

Conforme Yamashita e Gozzani (2007) ao iniciar o período de expulsão a parturiente fica agitada e a maioria delas sente vontade de defecar.

Na fase expulsiva do parto a dilatação já está completa e a apresentação, insinuada e baixa e executa esforços expulsivos involuntários. Se a parturiente não tiver na sala de parto deve levá-la imediatamente para a sala de parto. Nas múltiparas deve levá-la antes dos esforços expulsivos. Recomenda-se a posição semi-sentada em um ângulo de no mínimo 45º, membros inferiores hiperfletidos em abdução e apoiados em pernas elevadas com a intenção de afastar o sacro da parturiente da mesa de parto. Esta posição é cômoda para a paciente, que respira com facilidade,

acompanha o desprendimento fetal, descansa nos momentos de intervalo de contrações e favorece e intensifica o esforço expulsivo.

Em geral a episiotomia que consiste em uma incisão efetuada na região do períneo, sempre é realizada em primiparturientes para evitar lacerações. Ela pode ser mediana ou media-lateral. A episiotomia mediana gera um maior número de comprometimento do esfíncter anal; já a médio-lateral oferece mais dor no pós-parto e risco para perda sanguínea (YAMASHITA; GOZZANI, 2007).

Segundo Gonzalez (2008) a assistência de enfermagem no período de expulsão são:

- Auxiliar o cirurgião a se paramentar;
- Ligar o foco e o posicioná-lo;
- Abrir os pacotes e caixas sempre respeitando as técnicas assépticas;
- Oferecer solução anti-séptica e campos cirúrgicos;
- Auxiliar na anestesia e na episiotomia;
- Solicitar a cooperação da paciente, orientando-a fazer força para baixo, respirar como cachorrinho nos momentos de contrações e descansar nos momentos de alívio respirando lentamente e profundo;
- Quando a cabeça do recém-nascido se desprender pedir para a parturiente respirar e fazer força assim o obstetra irá fazer o resto;
- Observar à hora do nascimento e o sexo da criança e informar a mãe sobre o nascimento;
- Auxiliar no pinçamento e secção do cordão umbilical;
- Colocar pulseira de identificação;
- Envolver o recém nascido em um campo estéril e levá-lo para sala de reanimação.

Não se deve esquecer que além dessas assistências referidas anteriormente o enfermeiro deve sempre dar um apoio emocional e

psicológico transmitindo-a confiança para que assim a paciente realize as suas vontades .

No momento do desprendimento da cabeça fetal, deve-se realizar a chamada “proteção do períneo”, que consiste em aplicar de forma constante um apoio firme em direção ao ânus, protegendo-o com uma das mãos abertas e coberta pela compressa, ao mesmo tempo em que a outra faz um leve apoio sobre a cabeça com a intenção de controlar a velocidade do desprendimento cefálico. (BARROS, 2009, p.199).

Logo após o nascimento, o recém-nascido deve ser colocado no ventre materno, enquanto isso o cordão umbilical é pinçado e seccionado (BARROS, 2009). Este primeiro contato mãe-bebê é de suma importância psicologicamente para a mãe e para o recém-nascido.

A assistência no secundamento exige grande conhecimento de seu curso clínico (YAMASHITA; GOZZANI, 2007).

Segundo Gonzalez (2008) a assistência de enfermagem no período de dequitação são:

- Solicitar que a mãe faça forma para baixo enquanto o médico faz pressão sobre o útero para auxiliar na expulsão dos anexos;**
- Receber os anexos e colocá-los em uma bandeja;**
- Se for rotina do hospital colher sangue da placenta para tipagem sanguínea;**
- Auxiliar o cirurgião na episiorrafia que consiste na sutura da episiotomia;**
- Verificar pressão arterial;**
- Administrar ocitócito por via intramuscular conforme a prescrição médica;**
- Retirar campos cirúrgicos;**
- Fazer a anti-sepsia da vulva e períneo;**
- Colocar forro estéril no períneo;**
- Transportar a paciente para a maca e levá-la para o quarto.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi o de promover reflexão, e uma possível mudança de hábitos entre leitores em relação aos benefícios do parto normal.

A gravidez é um período de muitas mudanças físicas e psicológicas, as quais ocasionam muitas dúvidas, incertezas e medos.

O enfermeiro deve realizar um bom atendimento de pré-natal, orientando a paciente sobre as mudanças ocorridas neste período e sobre os tipos de partos, esclarecendo as suas dúvidas. É de suma importância que o enfermeiro crie um vínculo com a gestante, conseqüentemente, terá uma maior credibilidade.

O parto normal é mais benéfico para o binômio mãe-bebê, mas, mesmo assim, os índices de cesarianas estão altos. Isso se dá pelo fato de facilidade encontrada na realização de uma cesariana.

O enfermeiro deve conscientizar a gestante dos benefícios do parto normal e sobre o fato de a cesariana ser um procedimento cirúrgico com muitos riscos. Durante o trabalho de parto e parto a equipe deve prestar um atendimento individualizado e respeitar os direitos da gestante como a privacidade, segurança, conforto e o direito de um acompanhante. Este acompanhante deve estar tranquilo e orientado quanto aos possíveis procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, passando assim, tranquilidade e segurança para a parturiente.

A atenção adequada à mulher no momento do parto é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para realizar um bom acolhimento à gestante e à família. Isso facilita a criação do vínculo com a gestante transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

REFERÊNCIAS

ANTHIKAD, J. Psicologia para enfermagem. 1ed. São Paulo: Reichmann, 2005.

BARROS, S. M. O. ; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.3, pp. 414-421. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>>. Acesso em 14 set. 2010.

BRANDEN, P. A. Enfermagem materno infantil. 2 ed. Brasília: Secretaria de políticas publicas, 2002.

BRASIL. Ministério as Saúde. Programa humanização do parto, humanização no pré natal e nascimento. Brasília, DF, 2002a. disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>.

Acesso em 12 set. 2010.

_____. **Ministério da Saúde.** Saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília, DF, 2003b. disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>.

Acesso em 10 jun. 2010.

_____. **Ministério da Saúde.** Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. **Brasília, DF, 2005c.** disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>.

Acesso em 10 set. 2010.

_____. **Ministério da Saúde.** Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada à mulher. **Brasília: Ministério da Saúde, 2001.**

_____. **Ministério da Saúde.** Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. **2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.**

BRUNO, E. M. Z. N.; PARTAMIAN, R.; Enfermagem obstetrícia. In: MURTA, G. (org.). Saberes e práticas guia para ensino e aprendizagem em enfermagem. 4 ed. São Paulo: Difusão, 2008. Cap. 03, p. 195-234.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.17, pp. 398-400. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>. **Aceso em 20 out. 2010.**

CARVALHO, M. A. B. Diagnostico de gravidez. In: CARVALHO, M.A. (org.). Ginecologia e obstetrícia manual para concursos/ TEGO. 4 ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 2007. Cap. 65, p. 528-530.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista latino-america Enfermagem. São Paulo, v.13, n.6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em 2 ago. 2010.

CURY, A. F. A saúde emocional e a sexualidade durante a gestação. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. S. A. (org.) Pré-natal. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap 28, p. 261-265.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva* [online].

2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em 10 out. 2010.

DUARTE, E. Humanização voluntária. Disponível em:
<<http://www.unifesp.br/dpsiq/arquivo,psicomp2.html>>. Acesso em 07 jun. 2010.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 226-232. disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28526.pdf>>. Acesso em 12 jul. 2010.

FAÚDES, A. et al., A operação cesárea na Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro 1991. Disponível em
<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=csi%20arttext.>>. Acesso dia 12 jul. 2010.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.4, pp. 488-494. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>>. Acesso dia 12 jul. 2010.

GIGLIO, M. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; MORAIS NETO, O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 350-357. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24787.pdf>>. Acesso dia 12 jul. 2010.

GONZALEZ, H. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. 14. ed. São Paulo: Senac ,2008.

LEVENO, J. K. et al. Manual de obstetrícia de Williams. Tradução de Edison Capp. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MELSON, et al. Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados. tradução de Carlos Henrique Cosendy. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

MOURA, F. M. J. S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2007 vol.60, n.4, disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em 20 out. 2010.

PÉRET, F. J. A.; CALDEIRA, H.; PAULA, L. B.; Fisiologia e mecanismo do trabalho de parto. In: **NEME, B. et. al.** Neme Obstetricia Básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. Cap. 69. p.563-570.

PINHEIRO, S. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E.F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do sistema único de saúde. Revista de Saúde Publica, São Paulo, v.39, n.4, p.593-598, agosto. 2007.

REZENDE, J. Obstetrícia fundamental. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

ROVERATTI, D. R. Guia da sexualidade. 1 ed. São Paulo: Ferrari, 2008.

RUDGE, M. V. C.; BORGES, V. T. M.; CALDERON, I. M. P.; Adaptação do organismo materno à gravidez. In:Carvalho, M. A. (org.). Ginecologia e obstetrícia manual para concursos/ TEGO. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007. Cap 06, p. 36-62.

SANTOS, I. M.; SILVA, L. R.; O corpo em trabalho de parto: cuidados com a mulher parturiente. In Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. 4 ed. São Paulo: Difusão, 2008. Cap. 04, p. 153-206.

SCARPA, K. P.; et al. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2006, vol.52, n.3, pp. 153-156. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a15v52n3.pdf>> Acesso em: 05 ago. 2010.

TAKIVITI, N. H.; Alterações anatômicas e funcionais maternas normais induzidas pela gravidez. In:Carvalho, M.A. (org.). Ginecologia e obstetrícia manual para concursos/ TEGO. 4 ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 2007. Cap. 10, p.179-785.

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2004, vol.26, n.10, pp. 791-798. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>>. Acesso dia 12 jul. 2010.

YAMASHITA, A. M.; GOZZANI, J. L.; Anestesia em obstetrícia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S; Enfermagem obstétrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.