

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**LUCIANA MARA GOMES DO NASCIMENTO**

**O PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DO  
ENFERMEIRO**

**PATOS DE MINAS  
2010**

**LUCIANA MARA GOMES DO NASCIMENTO**

**O PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DO  
ENFERMEIRO**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca

**PATOS DE MINAS  
2010**

618.4	NASCIMENTO, Luciana Mara Gomes do
N244p	O parto humanizado e a assistência do enfermeiro/ Luciana Mara Gomes do nascimento – Orientadora: Prof <sup>a</sup> Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca. Patos de Minas/MG: [s.n], 2010. 47 p
	Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas Curso de Graduação em Enfermagem
	1 Enfermagem. 2 Parto humanizado. 3 Assistência. I. Luciana Mara Gomes do Nascimento II Título.

**LUCIANA MARA GOMES DO NASCIMENTO**

**O PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DO  
ENFERMEIRO**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca

**PATOS DE MINAS  
2010**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
LUCIANA MARA GOMES DO NASCIMENTO

O PARTO HUMANIZADO E A ASSISTÊNCIA DO  
ENFERMEIRO

Monografia aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela comissão  
examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:

\_\_\_\_\_  
Profª Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca  
Faculdade de Patos de Minas

Examinador:

\_\_\_\_\_  
Prof.  
Faculdade de Patos de Minas

Examinador:

\_\_\_\_\_  
Prof.  
Faculdade de Patos de Minas

Dedico esta pesquisa as mulheres que compartilham com o profissional de saúde, este momento tão sublime de suas vidas, o de ser mãe; e também aos profissionais que procuram humanizar o momento do parto, transformando-o num verdadeiro momento de companheirismo, amor e doação!

## AGRADECIMENTOS

É chegado o momento tão esperado e desejado, mais uma etapa de meu crescimento como ser humano e profissional se concretiza, tornando-se real.

Sentimentos vários se apoderam de mim, felicidade, alegria, responsabilidade, sensação de dever cumprido e ainda por cumprir, o coração bate forte e o contentamento me induz a agradecer.

Agradeço à Deus por sua infinita bondade ao agraciar-me com o dom da vida e por permitir a concretização deste sonho.

Aos professores, pelo empenho com que se dedicam àqueles que buscam a qualificação profissional.

A minha orientadora professora Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca, pela paciência e empenho que se tem reportado ate mim e participado dessa caminhada.

Aos meus familiares pelo apoio e estímulo e por terem participado desse momento ao meu lado.

A todos que contribuíram para que eu alcançasse essa meta; meus colegas que compartilharam comigo essa caminhada.

Hoje começa uma nova jornada, sei que não será fácil e dependerá muito de mim, mas estarei pronta para enfrentá-la e fazer desse novo caminhar a meta para outras vitórias que ainda alcançarei.

“É pensando criticamente a prática de hoje, ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática.”

Paulo Freire.

## RESUMO

Esta pesquisa fazendo uso de abordagem qualitativa buscou conhecer a importância do parto humanizado e seus benefícios, bem como conscientizar os profissionais enfermeiros e todos os outros que trabalham na área da saúde desses benefícios, além de analisar as condutas fundamentais utilizadas por estes profissionais visando a humanização do parto. Este estudo foi realizado na forma de revisão de literatura, na forma descritiva e qualitativa, delimitando o assunto à assistência ao parto e a atuação da enfermagem, buscando demonstrar os benefícios do parto humanizado, a benéfica presença do acompanhante e os métodos não farmacológicos para alívio da dor. A busca pelo tema se deve a necessidade de conhecer e compreender melhor como a humanização se torna fator de sucesso no parto. Como a presença de acompanhante traz tranquilidade emocional para a parturiente ou mesmo de doulas levando afeto, compreensão e conforto, levando-se em consideração a essência da linguagem dos profissionais enfermeiros sobre a humanização da assistência ao parto e em fontes bibliográficas que fornecem material linguístico. Nesse contexto se pode verificar a existência de benefícios a parturiente e ao recém-nascido levando em conta que esta humanização não é uma tecnologia a ser empregada, mas o respeito à fisiologia da gestação e da mulher. Assim se pode concluir que a humanização eficaz ocorrerá sempre que os atores da relação parturiente/profissional de saúde sejam as personagens principais.

**Palavras-chave:** Parto humanizado. Profissional de Enfermagem. Assistência do parto.

## ABSTRACT

This research using a qualitative approach seeks to know the importance of humanized childbirth and their benefits as well as educate professional's nurses and all others working in the area of these health benefits, and analyze the fundament used by these professionals in order humanization of birth. This study will be realized in the form of review of literature in a descriptive and qualitative, form the subject to watch birth and nursing activities, seeking to demonstrate the benefits of humanized birth, the presence of beneficial and the accompanying non-pharmacological methods or pain relief. The search for the topic must be the necessity to know and understand better how the humanization makes success factor in childbirth. As the presence of companion brings emotional calm to parturient or even doula taking affect, understanding and comfort, taking it'self account the essence of language of nurses on humanization of childbirth care and bibliography that resources linguistic material. In this example can be seen that there are benefits to mother and newborn taking into account that this is not a humanizing technology to be employed, but the respect to the management and the physiology of woman. Thus one can conclude that the effective humanization always occur whenever the actors of the mother relationship/ professional healthcare are the main character.

**Keywords:** Humanizing delivery. Professional Nursing. Care delivery.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNEMM	Comissão nacional Especializada em Morte Materna
CNP	Centros de Parto Normal
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.
MS	Manual de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>O PARTO – DA HISTÓRIA À HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Desmedicalizando a assistência, uma forma de humanizar.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Políticas públicas para a humanização do parto no Brasil.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Práticas consideradas humanizadoras.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Benefício do acompanhante no momento da parturição.....</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>O parto humanizado.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM AO PARTO HUMANIZADO.....</b>	<b>37</b>
<b>6.1</b>	<b>A enfermagem como agente facilitador no processo de humanizar....</b>	<b>38</b>
<b>6.2</b>	<b>O parto humanizado.....</b>	<b>41</b>
<b>6.3</b>	<b>O papel das Doulas no parto humanizado.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

# INTRODUÇÃO

Parto humanizado é um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que preconiza o resgate do parto normal como ato fisiológico, desmistificando que o parto é algo patológico, mesmo tendo seu acontecimento em ambiente hospitalar.

Para que ocorra um atendimento com presteza, os profissionais envolvidos devem estar bem preparados com vistas a minimizar na parturiente, medos, ansiedades e oferecer apoio, atenção e respeito.

A escolha do tema se deu pela importância da humanização como fator de sucesso para o parto. Acreditando também ser de grande importância para os profissionais de enfermagem e estudantes da área de saúde, haja vista que se poderá divulgar esse modelo de assistência humanizada, contribuindo para a disseminação de um parto mais humano.

Para se chegar a respostas conclusivas se faz necessário que se responda a problemática: Como poderia ser a atuação dos profissionais de enfermagem no processo de humanização do parto? O que seria humanização do parto e que benefícios trariam para a gestante e para o recém-nascido?

Esta pesquisa parte da hipótese de que o período da gestação, pré-parto, o parto e pós parto são momentos únicos vividos pela mulher e por esse motivo tão importantes, devendo ser carregados de toda a atenção, carinho, respeito, para que sejam minimizados transtornos de toda ordem.

Durante a fase de pesquisa tomou corpo a ideia de que na maioria dos casos a gestação e o parto não são tratados do modo devido, ou seja, a medicina tradicional, não se preocupa com o bem estar da mulher no momento do parto. Nesse contexto buscou-se adquirir melhores conhecimentos sobre o melhor método de tornar a gestação, parto e puerpério o mais humanizado possível. Nesse sentido o profissional da enfermagem ou o enfermeiro obstetra será o ator principal, depois da mulher, nessa humanização uma vez que a ele são passadas todas as preocupações, ansiedades e expectativas. Outro aspecto importante é o movimento pela humanização do parto, que tem um papel central na promoção do diálogo entre os diversos sujeitos sociais atualmente em conflito na assistência ao parto, na

direção de um novo arranjo de assistência, orientado tanto por mais respeito à evidência empírica da segurança e eficácia dos procedimentos, quanto pela maior promoção dos direitos humanos das pacientes.

Esse novo paradigma da assistência, baseado na busca da síntese entre a evidência científica e a promoção dos direitos humanos, encontra um conjunto de desafios de ordem institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de formação dos recursos humanos, da cultura sexual e reprodutiva, entre outros, que estão sendo enfrentados, com maior ou menor sucesso, por alguns serviços.

Humanizar é erradicar as violências verbais, minimizar as dores, proporcionar bem estar adotando postura sensível e ética.

De acordo com Castro (2005, p. 961):

No modelo assistencial vigente, a mulher muitas vezes não tem sequer noção do que seria o respeito a sua individualidade. Satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir. A assistência a mulher perdeu seu ponto básico que é de ser voltada para ela própria, sendo essa uma pessoa completa, com princípios, cultura, vontade e medos.

Nesse sentido a humanização traz diversos benefícios para a mãe e o bebê, tais como diminuição da ansiedade, da dor, das cesáreas e influencia positivamente na formação de laços afetivos familiares mais estreitos.

Este estudo foi realizado na forma de revisão de literatura, na forma descritiva e qualitativa, delimitando o assunto à assistência ao parto e a atuação da enfermagem, buscando demonstrar os benefícios do parto humanizado, a benéfica presença do acompanhante e os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Moura *et al* (2007, p 453) afirma que “O respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, com uma assistência humanizada de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição transforma o nascimento num momento único e especial”.

A busca pela pesquisa deste tema ocorreu pela identificação com ele e pela necessidade de tentar compreender a importância da humanização como fator de sucesso para o parto. Mesmo não vivenciando a experiência de um trabalho de parto, é possível desenvolver um bom trabalho pela facilidade de interação com as pessoas. A necessidade desta pesquisa buscou antever a importância desta para a equipe de enfermagem e também por se perceber que nas atividades acadêmicas

ocorre conflito entre a realidade vivenciada e realidade requerida para a humanização de partos.

Visando a busca de maiores conhecimentos, este estudo se torna uma forma de construir autonomia científica para o enfermeiro a luz da literatura científica e disponibilizar as parturientes uma prestação de cuidado eficiente e seguro.

Os artigos que foram utilizados na pesquisa são publicações extraídas de dissertações de mestrado datados de 2005 a 2009 retratam como ocorre a humanização dos partos e fazem referências a recuperação das origens do termo humanização do parto bem como as políticas de humanização do parto desenvolvidas no Brasil, o trato das parturientes e de seus acompanhantes como fator de humanização, e ainda como se deve acontecer a participação da assistência dos profissionais da enfermagem durante o parto humanizado.

Foi utilizada a legislação vigente editada pelo Ministério da Saúde e as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a Humanização do Parto.

Diante do exposto na pesquisa conclui-se que se constituiu em uma maneira de buscar uma maior reflexão sobre a humanização e sua importância na parturição, tendo em vista que sua implantação só será eficazmente efetivada quando a relação parturiente/profissional da saúde forem os atores principais da cena, tornando assim a assistência com melhor qualidade.

## **2 OBJETIVOS**

Nesta pesquisa buscou-se traçar como objetivos o conhecimento da importância do parto humanizado demonstrando seus benefícios, bem como evidenciar as ações desenvolvidas no processo de nascimento, através da conscientização dos profissionais de saúde sobre os benefícios da humanização do parto, e ainda analisar as condutas fundamentais utilizadas pelos profissionais visando a humanização e buscar esclarecer os direitos das gestantes.

### **3 METODOLOGIA**

Para compor esta pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e observacional buscou-se aprofundar a essência da linguagem dos profissionais enfermeiros sobre a humanização da assistência ao parto em fontes bibliográficas que fornecem material linguístico, tais como livros, revistas, monografias, teses, manuais, banco de dados da internet: SCIELO, BIREME e GOOGLE, selecionados dentro do período 1995 a 2010, para responder aos descritores da pesquisa.

Os artigos selecionados indexados ao banco de dados estão em consonância com os descritores previamente escolhidos: Parto Humanizado, Humanização da assistência ao parto, parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto, Apoio ao nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher, Manual do parto humanizado que após uma leitura mais apurada do material obtido, procurou-se relatar os aspectos importantes do assunto para enriquecimento do estudo e confecção da redação final desta pesquisa.

## 4 O PARTO – DA HISTÓRIA À HUMANIZAÇÃO

O termo humanizar é utilizado na assistência ao parto há muitas décadas, com variados sentidos. De acordo com Rezende (1998) Fernando Magalhães, considerado o Pai da Obstetrícia Brasileira, no início do século 20, e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século, empregou o termo, defendendo que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos. De acordo com Rothman (1993) esses conceitos eram difundidos por autoridades internacionais em obstetrícia médica.

A humanização da assistência ao parto, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no que fazer diante do sofrimento da mulher ao parir.

Em se tratando de humanização, Ferreira (1986) definiu: humanização como “ato ou efeito de humanizar (-se)”, sendo que humanizar é definido como “... tornar humano; dar condição humana a; humanar. Tornar benévolo, afável, tratável. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar...”.

De acordo com Diniz (1997) existia um modelo de assistência médica ao parto, que tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo considerado ilegal qualquer ajuda ou apoio que aliviasse os riscos e as dores do parto.

Magalhães (1916, apud DINIZ, 2005, p628) relata que a obstetrícia médica passou a reivindicar um resgate mais humano para as mulheres na hora da parturição, revogando a sentença de que a dor do parto era um mecanismo de combate ao pecado original.

Nesse contexto humanizar é promover uma assistência de qualidade, ou seja, é ter atitude de respeito à dignidade e natureza humana, e se preocupar com a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do ser humano, é compreender a experiência que já foi vivenciada pela outra pessoa e propiciar, estimular e permitir a participação ativa no estar e fazer.

De acordo com Castro (2005) parto humanizado é quando todos os direitos da gestante são respeitados, criando condições para que todas as suas necessidades sejam atendidas. Com a passar dos tempos o ato fisiológico que é o

parto natural passou a ser considerado algo patológico, dando preferências pelo parto cirúrgico.

A primeira atitude humana é compreender que o nascimento é um processo e não apenas um evento. Desta forma, cabe apresentar um conceito de parturição que contemple os aspectos multidimensionais que o envolvem, pois ele:

É um momento especial da vida, transitório, e que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção e desenvolvimento humano. O processo do nascimento é compreendido desde a concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando (criança, mulher e homem) influenciam e são influenciados pelo contexto sociocultural. Por tratar-se de um processo transitório maturacional e social. Os seres humanos que estão vivenciando aquele momento podem necessitar de assistência profissional, e é neste contexto que os profissionais de saúde atuam, no sentido de facilitar a transição, buscando promover o desenvolvimento humano e a vida em sua plenitude. (OLIVEIRA, 2001, p.22)

De acordo com Lipp (1996) a gestação é uma etapa muito especial da vida da mulher, haja vista que nessa fase está gerando um novo ser, o seu bem-estar físico, emocional e social deve ser mantido. A tensão do dia-a-dia, oriunda seja do trabalho, de preocupações domésticas, da expectativa sobre o estado de saúde do bebê que está sendo gerado, de como vai ser o parto podem, quando em excesso, causar stress. Esses e outros fatores podem vir a desencadear inseguranças e emoções que podem prejudicar a boa saúde da futura parturiente.

Nesse contexto as ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro podem contribuir sobremaneira para minimizar a tensão da mãe e evitar seu sofrimento no momento do parto, pois é este profissional quem permanece o tempo todo ao seu lado, desde a sua admissão, até a sua alta hospitalar. (Adriana, Glauciane, apud DAVIM, ARAÚJO, GALVÃO et al. 2008)

A hospitalização da mulher para o parto passou a ser submetida a normas institucionais, e muitas vezes sem esclarecimentos para a parturiente, que perdendo sua privacidade e autonomia, vê o parto se transformar em um momento de sofrimento e não em um fato natural da vida. As queixas e ansiedades que surgem em decorrência do parto em geral, intensificam-se com a internação hospitalar. O ambiente desconhecido, a ausência do marido ou da família, gera desconforto emocional e afetivo (MOURA et al., 2007)

De acordo Gualda (1993) “A transferência do local de nascimento para o hospital resultou na substituição de rituais do processo de nascimento. Cada vez

mais os aparatos tecnológicos utilizados no controle do trabalho de parto e parto, tornaram-se armas poderosas para o incremento do rito hospitalar, tão distanciado das crenças e valores da mulher. Este fator tem influenciado em uma assistência ao parto, atualmente, centrada na equipe de saúde, não na mulher e na criança que vai nascer, como acontecia nos idos da história da obstetrícia. Esta situação se justifica na ocasião da internação, uma vez que a parturiente recebe uma gama de orientações sobre rotinas e procedimentos e torna-se passiva aos acontecimentos”. (GUALDA, 1993, p.4)

De acordo com Gotardo & Silva (2007) a compreensão do comportamento da mulher durante a gestação, parto e puerpério exigem empatia e muita sensibilidade da equipe de enfermagem, principalmente no cuidado prestado nas Unidades Obstétricas, onde o envolvimento com competência reflete-se, satisfatoriamente, sobre o bem-estar da mulher e da criança.

De acordo com o pensamento de Piotrowski (2002) na assistência humanizada os profissionais de enfermagem devem demonstrar que estão compromissados em receber as parturientes com alegria, respeitando os valores que cada uma delas traz consigo, ajudando a superar o medo, a insegurança e as tensões, explicando todo o processo de parição de acordo com o nível sociocultural e cognitivo que elas apresentam.

Diante do exposto acredita-se que a conquista na mudança ao cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família, no que se refere à humanização se faz necessário a partir da compreensão do processo por parte dos profissionais de enfermagem.

#### **4.1 Desmedicalizando a assistência, uma forma de humanizar**

No Brasil a obstetrícia hospitalar tem mostrado diferentes realidades assistenciais, onde se verifica na expressão, nos olhares das mulheres, em virtude de processos dolorosos a que são submetidas, a busca pelo conforto e respeito a sua saúde; observando-se o oposto onde ocorre um atendimento primoroso, respeitoso e com conforto antes e depois do parto. Essas atitudes são oriundas dos profissionais de saúde que prestam assistência em instituições hospitalares, no campo da obstetrícia. Quando esses profissionais são adeptos do cuidado

medicalizado, frequentemente fazem uso de intervenções no cuidado ao parto. (BRENES, apud PRISKULNIK E MAIA, 2008, P. 82).

Os enfermeiros obstetras que não comungam do método tradicional de assistência à mulher durante o período completo da gestação, desenvolveram habilidades não agressivas, moldando uma assistência voltada para a humanização e desmistificando que a medicação só traz benefícios para a mulher.

No contexto atual, a enfermeira obstétrica é a única profissional não médica que tem sido associada com um saber/fazer que vem ao encontro da possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino, onde a mulher possa ser a protagonista (OSAVA, 1997). Deste modo, esta profissional vem contribuindo para a consolidação do modelo humanizado de assistência ao parto que necessariamente passa pelo cuidado desmedicalizado (OMS, 1996).

Com a humanização do parto pelo Ministério da Saúde, deu início o processo de desmedicalização sendo definido e conceituado de diferentes formas pelos diversos profissionais de saúde. Nesse contexto desmedicalizar não significa que ocorrerá a exclusão do profissional médico ou das práticas médicas da assistência, mas a eliminação do raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição.

Desmedicalizar significa ao mesmo tempo apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher (FEBRASGO, 2004).

De acordo com as enfermeiras de instituições públicas da cidade do Rio de Janeiro a caracterização da prática obstétrica hospitalar como medicalizada só foi possível quando conseguiram identificar atitudes dos profissionais como medicalizadas, dentre aquelas usualmente realizadas em seu ambiente de trabalho, e perceber a mulher como objeto passivo da assistência, identificando atitudes dos profissionais de saúde como medicalizadas. Para as enfermeiras obstétricas, a construção do significado de desmedicalizar, perpassou também pela identificação no ambiente em que estavam inseridas, de atitudes de cunho medicalizado (apud VARGENS, PROGIANTI, SILVEIRA, 2007, p.341-342).

#### **4.2 Políticas públicas para a humanização do parto no Brasil**

Segundo o pensamento de Diniz (2006) até a metade do século XIX a experiência com partos eram de domínio quase exclusivo das mulheres e pertencente à esfera familiar; o parto era conduzido por parteiras que embora não possuíssem conhecimentos científicos, possuíam a cumplicidade das outras mulheres, favorecendo a parturição. Nesse processo os homens da família eram dispensados. Nesse período na qual a parturição era tarefa quase exclusiva das mulheres ocorriam muitas mortes, tanto da mãe quanto do filho, em razão de complicações na gestação. Mesmo com o progresso científico ainda existem as parteiras que tornam mais humana a hora do parto.

Com o progresso do conhecimento científico a partir do século XX ocorre uma mudança nesse pensamento, passando a mulher a ter assistência médica em hospitais e com isso o índice de mortalidade da mãe e do filho caíram.

Apesar dos avanços tecnológicos na área da obstetrícia, o predomínio do modelo biomédico configurou o parto como evento patológico e medicalizado. A perda da autonomia da mulher, a intervenção médica excessiva na fisiologia do processo da parturição. O hospital tornou-se referência para o atendimento à parturiente, o distanciamento da família e o aumento das taxas de cesarianas, foram os principais resultados indesejados desse modelo de assistência. (OMS, 1996)

A partir da década de 1940 a hospitalização do parto se torna mais crescente e o período de gestação e o parto passam a ser tratados em instituição pública com a presença de várias pessoas. O momento privado e familiar da mulher passa a ser visto por estranhos, submetida a normas da instituição e submetida a intervenções sem conhecimento prévio da maior interessada, quebrando o encanto.

Nesse contexto o parto passa a ser considerado como um momento de intenso sofrimento físico e moral, uma vez que esse novo modelo não oferece a mulher o aconchego da família. Assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), ocorrem intervenções para aliviar o sofrimento e a dor, e muitas dessas intervenções terminam em elevação da morbimortalidade materna e perinatal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) quando se tem um bom desenvolvimento do trabalho de parto ocorre estar físico e emocional da mulher, favorecendo a redução de riscos e complicações. Nesse contexto é necessário o respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, bem como uma assistência humana de qualidade em conjunto com o apoio da

família durante a parturição, para que o nascimento se transforme em um momento especial para a mulher, principalmente.

Em 1988 o Ministério da Saúde, reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS – Sistema Único de Saúde – partindo do pressuposto de que a criação de Centros de Parto Normal (CPN), para assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais traz benefícios e redução nas despesas. Em 2001 publicou o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (MS, 2001), no qual define a humanização da assistência e cuidados para com a mulher em fase de parturição, evitando intervenções desnecessárias, garantindo a privacidade e a autonomia materna. (BRASIL, 2002)

Nos CPN, privilegia-se a atuação da enfermagem em seus diversos níveis de formação, excluindo-se a participação de médicos. Embora todos os profissionais envolvidos reconheçam a importância que os trabalhos especializados expressam pela relação de complementaridade e interdependência entre si, observa-se que há, nos conflitos mais específicos, uma evidente e pública divergência quanto ao papel da enfermagem no que diz respeito às gestantes que possam vir a atender. Os questionamentos vão desde os [...] procedimentos e condutas que podem realizar, à atenção ao parto em gestantes com complicações e às circunstâncias em que devem referenciar para consulta médica (ÂNGULO-TUESTA, 2003 et al).

“Esses planos ministeriais estampam na mídia de maneira fantástica, no entanto, na prática, o que se observa é uma degradante tragédia de incompetência administrativa, ferindo os princípios da moral e da ética (...) sob o quimono da humanização, as salas de parto estão sendo frequentadas por “enfermeiras parteiras”, defendendo teses sobre o parto de cócoras, com patrocínio de um programa japonês de sigla JICA (...) (JICA, 2000, p. 217).

Entre as muitas concordâncias e discordâncias sobre a humanização do parto se podem destacar os comentários:

“Ninguém discorda que na maioria dos casos no Brasil este ato [o parto] tornou-se nas últimas décadas, um processo cirúrgico e isso precisa ser revertido. Como fazer isso é a grande questão. As parteiras e enfermeiras obstetras humanizam mais o parto? Ou os obstetras devem continuar a ser responsáveis por ele – afinal, a emoção pode transformar-se num drama em que a vida da mãe, da criança ou ambas podem estar em risco? (Ser Médico, apud DINIZ, 2001, p, 112).

“A criação de casas de parto pretendida pelo Ministério da Saúde, abolindo a indispensável presença do médico na atenção ao nascimento, poderá aumentar em no mínimo três ou quatro vezes a chance de a criança morrer e em outro tanto da parturiente morrer na hora de dar à luz.” A advertência é do presidente da Comissão Nacional Especializada em Morte Materna (CNEMM) da FEBRASGO, o obstetra gaúcho Sérgio Martins Costa. “Qualquer programa que se aventure a trazer para o Brasil esta questionável experiência alienígena de oferecer a atenção domiciliar ao parto, deve ter a honestidade de informar os riscos que a modalidade representa para a parturiente e para a criança”; afirma: “Apesar dos riscos, as medidas para implantação das casas de parto estão sendo tomadas com a firmeza e a certeza dos grandes enganos. Os sobreviventes da próxima geração vão cobrar por esses erros”, alerta Sérgio Costa. “Firmeza e certeza no grande engano” (SER MÉDICO, apud DINIZ, 2001, p.111-112).

Tendo em vista comentários tão conflitantes a respeito da assistência à mulher na fase de parturição vale ressaltar as dificuldades encontradas por aquelas que não possuem poder aquisitivo elevado para contar com a assistência em maternidades particulares, devendo se contentar com o atendimento em maternidades públicas, que geralmente atendem ao parto de maneira perversa porque anula de diversas formas a possibilidade de a mulher e de a família vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento.

De acordo com as palavras de um conselheiro do Conselho Regional de Medicina, publicado no jornal do CREMESP/2000 soa discordante com os propósitos do Ministério da Saúde ao criar as Casa de Parto Normal, uma vez que se distorce o objetivo principal desta casa, que é oferecer um melhor atendimento a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, logicamente para aquelas que não possuem um poder aquisitivo alto para financiar um atendimento particular, em clínica especializada.

“Com esta portaria [n.985 do Ministério da Saúde, que institui as casas de parto], o governo federal reforça a ideia equivocada de que a hospitalização para o parto e sua assistência pelo médico são os fatores responsáveis pela falta de humanização e pelos elevados índices de mortalidade materno-fetal. Desconsidera a necessidade da melhoria da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e puerpério” (Jornal do CREMESP, ano XVIII n.152 Abril 2000 p.3).

Observa-se que as divergências existem e ocorrem, sobretudo em relação à percepção e atitude dos profissionais sobre o parto como processo fisiológico, biodinâmico - expressando que ela “se baseia numa boa compreensão dos processos fisiológicos” (ODENT, 2003, p.125). Com a avaliação do risco obstétrico como elemento imponderável que pode mudar de forma precipitada a condição da mulher no decorrer da fisiologia do parto, e conseqüentemente, a troca de conhecimentos entre os profissionais para definir o exato papel das responsabilidades no cuidado com a mulher e com o feto e o neonato (DOMINGUES, 2002; ODENT, 2003; SAKALA; VEER & MEIJER apud ÂNGULO-TUESTA et al, 2003).

De acordo com Giffin et al (2000) muitas mulheres que procuram assistência na rede pública de serviços passam por uma rotina que se inicia com a busca de uma vaga, após uma provável peregrinação por algumas unidades de saúde), e que se completa com a separação da família na internação e com a permanência no pré-parto, usualmente um espaço coletivo, junto com outras mulheres também em trabalho de parto ou com outras intercorrências obstétricas, sem qualquer privacidade ou atenção às suas necessidades particulares.

Para se evitar sofrimento e dor para a mulher a presença de enfermeiras obstetras engajadas na valorização do parto humanizado tornaria o processo mais dinâmico, e para concretizar essa situação o Ministério da Saúde tem publicado portarias que favorecem a atuação deste profissional na atenção integral a saúde da mulher na fase de gestação, pré e pós parto, fazendo com que essas medidas venham diminuir a incidência de intervenções e riscos.

As enfermeiras obstetras têm sido induzidas a se incorporar a este projeto, não só pela valorização de sua atuação profissional, mas também pela possibilidade do que Pires (1996) chamou de “assistência integral de enfermagem”. Este modelo de assistência rompe com a fragmentação dos cuidados e permite que a profissional recupere a compreensão do processo de assistência, superando o parcelamento de tarefas que caracteriza o sistema tradicional de atenção.

#### **4.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN**

O Programa foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 2000, tendo como base a análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. O objetivo do PHPN é assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns princípios do PHPN:

- Toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- Todo RN tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

É dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o RN. (BRASIL, 2000)

A partir disso o Ministério da Saúde (2004) preconizou as seguintes ações e procedimentos:

- Acolher e examinar a parturiente.
- Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e como serão as decisões e condutas a serem tomadas.
- Desenvolver atividades educativas visando à preparação das gestantes para o parto, amamentação do RN e pós-parto.
- Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário.
- Garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, e pós-parto, segundo demanda da mulher.
- Garantir o apoio diagnóstico necessário.
- Garantir os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências.
- Acompanhar as mulheres em trabalho de parto com monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional.

- Realizar partos normais e cirúrgicos e atender às intercorrências obstétricas e neonatais.
- Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto.
- Utilizar partograma para registro da evolução do trabalho de parto;
- Realizar teste rápido anti-HIV, com consentimento verbal da mulher, quando o teste anti-HIV não tiver sido realizado no pré-natal;
- Oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto;
- Respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto;
- Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Fornecer liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos durante o trabalho de parto;
- Promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa);
- Verificar contratilidade uterina;
- Garantir realização do exame VDRL na mãe em sangue periférico e garantir imunoglobulina anti-Rh às mulheres iso-imunizadas.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora

tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

## 5 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

### 5.1 Práticas consideradas humanizadoras

Segundo o Manual de Humanização (MS) as ações promovem ou não a humanização; é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização. A consolidação desta proposta demandará longo tempo. A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas.

É conveniente lembrar que humanizar é verbo pessoal e intransferível, visto que ninguém pode ser humano no lugar do outro. E é multiplicável, pois é contagiante.

Para a realização do parto humanizado, observa-se que as medidas necessárias não implicam grandes transformações dentro da estrutura hospitalar. A mudança de paradigmas na assistência obstétrica é o obstáculo mais árduo a ser vencido.

Entre os cuidados recomendados pelo manual de Humanização do Ministério da Saúde, a serem prestados a parturiente podem ser destacados:

- a) Na admissão: respeitar a privacidade da mulher; respeitar a escolha do acompanhante. Na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por doulas;
- b) durante o trabalho de parto: oferecer líquidos via oral para prevenção de episódios de hipoglicemia; oferecer suporte emocional empático;
- c) prestar informações sempre que necessário e sempre que a paciente e/ou acompanhantes e familiares solicitarem;
- d) respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia; cortar o cordão umbilical somente após a parada dos batimentos, ou seja, da pulsação do cordão;
- e) posição durante o trabalho de parto: encorajar a posição supina; proporcionar liberdade de deambulação e movimentação;

- f) controle da dor: alívio por meios não-farmacológicos e/ou invasivos; utilizar massagens, técnicas de relaxamento, banhos de imersão etc.;
- g) monitoramento durante o trabalho de parto: monitorar o bem-estar físico e emocional da parturiente;
- h) monitorar o feto por meio de ausculta intermitente;
- i) após a dequitação: exame rotineiro da placenta pela inspeção acurada;
- j) uso de ocitócitos no terceiro estágio do parto se houver risco de hemorragia;
- k) prevenção da hipotermia do RN;
- l) amamentação na primeira hora, garantindo bem-estar fetal e liberação endógena de ocitocina.

Ainda de acordo com o Manual de humanização do Parto do Ministério da Saúde são dez os passos para a realização do parto humanizado:

- a) Presença do companheiro ou alguém da família para acompanhar o parto, dando segurança e apoio;
- b) recebimento das orientações, passo a passo, sobre o parto e os procedimentos que serão adotados com a mulher e com o RN;
- c) parturiente bem informada e esclarecida ajuda mais; recebimento de líquidos, evitando hipoglicemias, pois o trabalho de parto pode se prolongar;
- d) liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. A mulher pode caminhar sem restrições;
- e) escolha da posição mais confortável para ultimação do parto;
- f) relaxamento para aliviar a dor. Massagens terapêuticas, banho morno ou qualquer outra forma de relaxamento conveniente à parturiente;
- g) evitar toques vaginais desnecessários, porém monitorar contrações e auscultar os batimentos cardíacos fetais intermitentemente;
- h) contato imediato mãe-bebê logo após o nascimento. Estabelecer vínculo;
- i) possibilidade de alojamento conjunto;
- j) finalmente, respeito, muito respeito. A mulher deve ser chamada pelo nome, ter privacidade e ter suas necessidades emocionais atendidas.

## **5.2 Benefício do acompanhante no momento da parturição**

A humanização do cuidado do parto e nascimento é um desafio da atualidade e abrange a inclusão do pai ou acompanhante de escolha da parturiente. A participação ativa do acompanhante durante todo o período gravídico, parto, nascimento é muito importante porque gera reflexos positivos nos diversos âmbitos da assistência. Esse envolvimento deve ter início precoce, haja vista que o amparo afetivo provoca redução da percepção da dor, ansiedade, stress originando a diminuição dos partos operatórios desnecessários.

Ainda favorece a equipe médica e de enfermagem que podem assumir uma postura mais humana e menos rotineira e mecânica, conforme descreve Parpinelli (2007), além de demonstrar à parturiente que ela tem uma família que se preocupa com ela, faz com que se preste mais atenção ao que se fala e como se fala.

A gravidez e o parto são eventos que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres; é um processo singular, um evento especial no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo família e comunidade. A gestação, parto e puerpério, constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. (BRASIL, 2003)

No processo de fecundação, a participação do homem e da mulher está em parcela de igualdade. Durante esse período o homem estará acompanhando-a, vivenciando simbolicamente esse processo por meio de emoções e comportamentos, que o adaptará ao papel de pai. (SOUSA, 1999).

Entretanto, por muito tempo, esse papel de pai durante a gravidez estava restrito a satisfazer os desejos da futura mãe, e, após o nascimento, o mesmo era desqualificado como desajeitado para cuidar do bebê. (SOUSA, 1999)

O desfecho de uma gravidez poderá ocorrer sob vários aspectos e, durante esse período, fatores influenciarão direção e rumo que esta seguirá. Apesar das influências emocionais, dos relacionamentos familiares, da relação homem-mulher, surgirão homens envolvidos profundamente com questões e detalhes da gestação, auxiliando sempre que necessário os períodos conturbados, típicos pelos quais passa à grávida. Poderá oferecer apoio frente às oscilações afetivas próprias do período, mostrando grande disponibilidade pessoal para essa experiência. (SOUSA 1999).

Tais homens são conhecidos como pais participantes por apresentarem interesse afetivo pela gravidez, pela grávida e pelo filho, estando sempre atento às necessidades femininas e às próprias. (SOUSA, 1997)

Na proposta atual, a presença do pai na hora do parto torna-se adequada, já que é a pessoa mais qualificada e disponível para desempenhar essa função como agente facilitador nas possíveis tentativas do retorno ao parto mais natural. Infelizmente, este ainda não é o comportamento que a maioria dos homens executa, porém os mesmos vêm se modificando. (SOUSA, 1999)

É do conhecimento de que o parto passou por modificações saindo do ambiente doméstico onde o pai participava ativamente, compartilhando este momento com a parceira de forma particular e humanizada. Na atualidade, já se observa que a presença paterna voltou a ocupar o espaço do ciclo grávido puerperal, quando, de forma salutar, o mesmo acompanha sua parceira nas consultas de pré-natal recebendo orientações fornecidas pelos profissionais da saúde, fazendo desta, uma nova experiência. (SILVEIRA, 2004)

Tem-se observado nos dias atuais que determinadas maternidades estão preocupadas com a assistência ao parto e nascimento, levando-se em consideração e importância a presença do parceiro ou mesmo de alguém de confiança da parturiente na hora do nascimento. Essa proposta que está oferecendo oportunidade do acompanhante durante o processo da parturição, tem dado bons resultados em casas de parto de cidades brasileiras como as experiências de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, dentre outras. Essas casas de parto têm como objetivo oferecer atendimento holístico e humanizado às mulheres em trabalho de parto normal, valorizando a presença do parceiro neste momento glorioso que é o nascimento. (SILVEIRA, 2004)

Esse atendimento tornou-se mais valorizado tendo em vista o direito da mulher a um acompanhante a partir do reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) diante da Lei de número 11.108 de 07 de abril de 2005, segundo Portaria 2.418/MS. No entanto essa lei ainda não é praticada de forma regular e sistemática em todo o país. Esse acompanhamento pelo parceiro, família ou uma pessoa amiga da parturiente, não envolve necessariamente nenhum preparo técnico, representa, simplesmente, suporte psíquico e emocional da presença, do contato no físico, do conforto, para dividirem o medo e a ansiedade, somando forças no estímulo positivo à parturiente. (BRASIL, 2003)

Neste sentido, a presença de um acompanhante no momento do parto e nascimento deve ser valorizada, vindo preencher as necessidades afetivas da parturiente, colaborar para o vínculo familiar de forma mais concreta, onde o envolvimento do parceiro torna-se importante na construção da interação afetiva pai-bebê-mãe. (MELLO, 2002)

Sendo assim, nos espaços de assistência ao parto normal nas maternidades, as normas e recomendações preconizadas pelo MS deverão ser atendidas quanto ao ambiente do parto para receber a parturiente e o acompanhante, com base nas evidências científicas que permitem o direito à privacidade e o conforto necessário no processo da parturição. (MACHADO, 2006)

O desafio maior na inserção do acompanhante nesse processo é proporcionar mais confiança na relação enfermeiro-usuária ao acompanhamento do parto e nascimento, tendo em vista novas conquistas na humanização que vão surgindo, objetivando, com certeza, melhor qualidade de vida para a parturiente, neste momento de fragilidade. (ABREU, 1999)

### **5.3 O parto humanizado**

De acordo com a Dra. Maria Cecília Erthal, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Barra D'Or, em seu artigo de 30/06/2009, publicado no jornal da instituição, o importante é trazer o bebê com o máximo de segurança ao mundo. Para isso, a orientação médica no esclarecimento e avaliação de todos os métodos é fundamental. Sob a orientação clara do especialista e tomando uma decisão consciente, a futura mamãe vai se sentir mais segura e confiante, o que ajuda bastante para a realização de um parto com sucesso. Também, a assistência de uma boa e completa equipe médica, uma boa maternidade, com UTI neonatal e todo aparato disponível para resolver qualquer problema que possa surgir é algo indispensável.

É claro que essa visão é para aquelas mulheres que são originárias de classe social mais abastada, haja vista que os serviços de saúde pública não se conta com todo esse aparato, salvo raríssimas exceções.

Para sugerir, instruir ou informar a equipe de profissionais de saúde deve conhecer bem sobre todos os métodos de parto possíveis, para que a mulher possa fazer uma escolha segura e adequada.

De acordo com as informações da Dr. Maria Cecília Erthal os tipos de partos são:

A - Parto normal - é o método mais aconselhado pelos médicos. Isso porque ocorre mais tranquilamente e os riscos de infecções, abscessos e acidentes anestésicos são bem menores do que a cesariana. Além disso, a recuperação no pós-parto é muito mais rápida e a mulher pode voltar logo às suas atividades.

Ele exige que a mãe se prepare desde o pré-natal, porque nesse tipo de parto ela participa ativamente, fazendo força para ajudar no nascimento. É necessário que a mãe apresente, quando chegada a hora do nascimento, contrações e dilatação do colo do útero adequadas.

Além de estar em boas condições de saúde e apta para este procedimento, a prática de exercícios de respiração ao longo da gravidez pode ajudar o bebê a ser expulso mais rapidamente. Além disso, é comum o médico fazer um corte em um dos lados da vagina (episiotomia) para auxiliar no processo de expulsão.

B - Cesárea – essa, apesar de ser totalmente cirúrgica, é a modalidade preferida pelas gestantes – até 90% dos partos realizados nas maternidades brasileiras são cesarianas. Porém, a cesárea é criticada por alguns médicos porque pode trazer consequências para o bebê, como dificuldades respiratórias, ou resultar em infecção hospitalar. Mas a rapidez do parto – cerca de meia hora - e o uso da anestesia, que diminui as dores, fazem com que ela seja a mais popular. Na cesárea, a mãe é anestesiada e fica deitada de costas. Ela participa menos do parto, já que uma cobertura é colocada entre a barriga e as pernas. O bebê é extraído através de um corte de 15 a 20 centímetros e, após várias camadas, o médico atinge o útero. Um auxiliar empurra a barriga para cima, para facilitar a saída do bebê pela abertura feita pelo médico. Assim que o bebê sai, é apresentado à mãe e levado para a sala de pediatria neonatal.

C - Parto com fórceps – o parto com fórceps alto é uma técnica antiquada e era comumente aplicada a partos feitos com cesariana. O fórceps alto é um instrumento em forma de duas colheres metálicas, utilizado em momentos complicados do parto, com o objetivo de puxar o bebê que está com dificuldade no período expulsivo. Por se tratar de um procedimento traumático, está praticamente

abandonado. Hoje, o mais usado é o fórceps de alívio, que trás o bebê quando ele já está mais baixo no canal de parto – ainda assim só em casos onde não há outra solução. A utilização é mais indicada para bebês com pneumopatias ou cardiopatias, entre outros problemas de saúde.

D - Parto Leboyer – Criado por um médico francês, esse tipo de parto é parecido com o parto normal, com a diferença de que, por meio de técnicas – como uso de trilha sonora e baixa quantidade de luz - busca transformar a sala de parto em um ambiente menos frio mais tranquilo. O pai, ao invés de ficar do lado de fora assistindo, também pode participar.

E - Parto na água – Esse tipo de parto é pouco praticado no Brasil, já que não é muito convencional. É realizado em uma banheira confortável de água quente e tem o intuito de relaxar a mamãe, para que o parto seja mais fácil e tranquilo. Nem sempre essa prática é uma boa opção. O bebê pode aspirar água para o pulmão, o que pode levar a sérias complicações respiratórias para ele.

F - Parto de cócoras – É inspirado no parto indígena, mas sem precisar ficar no chão da maternidade. Para expulsar o bebê, a mulher fica de cócoras, acomodada em uma cadeira especial. O diferencial é que a gravidade ajuda na saída da criança, diminuindo as dores e uma grande vantagem é que, por conta de uma maior liberdade de movimento, a compressão de alguns vasos sanguíneos é menor do que em partos realizados com a mulher deitada.

G - Parto natural – Embora represente um risco bastante grande para mamãe e bebê, há pessoas que ainda preferem ter neném à moda antiga, parindo em casa, sem anestesia, ou intervenção médica. As chances de complicações e infecções são grandes, assim como os de paralisia cerebral e morte fetal. Essa prática não é recomendável, já que apesar do conforto da própria casa, são muitos os riscos desnecessários envolvidos.

H - Anestesia e pós-parto - Além dos tipos de parto possíveis, esses dois aspectos costumam permear a cabeça de papais e mamães. Normalmente, a mãe pode escolher qual anestesia quer tomar. No parto normal, ela pode optar entre a peridural e a local. Já na cesárea, a escolha fica entre a peridural e a raquianestesia com agulha fina. Todo procedimento que faz a utilização de anestesia pode trazer complicações. Quanto maior a dose, como nas cesarianas, maior o risco. Cefaleia, diminuição da pressão arterial e da atividade uterina e, em casos mais sérios,

dificuldades como taquicardias ou paradas cardiorrespiratórias são algumas das dificuldades que podem ocorrer.

O pós-parto em geral costuma ser tranquilo para todos os casos, já que o corpo da mulher é preparado para a gestação e para este período após o parto. Mas é claro que as complicações podem ocorrer. A cesárea exige mais cuidados e costuma reter a mulher por mais tempo no hospital, aguardando uma recuperação mais segura. Enquanto mães que fizeram partos sem cirurgia saem do hospital em até 24 horas, as que realizaram a cirurgia precisam de pelo menos 48 horas de observação. As atividades físicas de quem fez parto normal podem ser retomadas em duas semanas, enquanto quem passou pela cesariana precisa esperar um mês.

O parto humanizado tem como objetivo dar maior liberdade à futura mamãe para escolher a melhor maneira de dar à luz ao seu bebê. Ao optar pelo parto normal você estará possibilitando um nascimento sem intervenções desnecessárias, mais naturais e menos traumático para seu filho.

## 6 ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO PARTO HUMANIZADO

Esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher, representando um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade, e o nascimento, um dos acontecimentos mais marcantes na vida de uma família (MOURA-RAMOS & CANAVARRO, 2007).

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia têm o privilégio e a oportunidade única de atuar através do seu trabalho junto às famílias, reconhecendo a unidade familiar como foco do seu atendimento (BRANDÃO, 2009, p. 6)

Em outros tempos, a parturiente era acompanhada durante todo o parto por mulheres mais experientes – as parteiras, suas mães, as irmãs mais velhas, vizinhas, geralmente mulheres que já tinham filhos e já haviam passado por aquilo. Depois do parto, durante as primeiras semanas de vida do bebê, estas estavam sempre na casa da mulher parida, cuidando dos afazeres domésticos, cozinhando, ajudando a cuidar das outras crianças (BRENES, 2008).

A classe médica sempre se empenhou em demonstrar a hegemonia da classe sobre as parteiras no que se refere ao parto, uma vez que para muitos era um ato degradante lidar com secreções e odores femininos, cabendo a tarefa de realizar o parto às mulheres, preferencialmente de cor (BRENES, 2008).

Desde a época da colonização do Brasil essas parteiras, além dos partos, cuidavam de todo tipo de doenças consideradas aviltantes para um médico, como quebrantos, moléstias das mulheres, e durante muitos anos trataram também de doenças ginecológicas (BRENES, 2008).

Ainda no século XIX é fundada no Rio de Janeiro e na Bahia uma escola de formação de parteiras, e para seu ingresso era exigido um atestado de bons costumes e o curso era tratado como uma atividade menos letrada que a medicina (BRENES, 2008).

No final do século XIX e início do século XX houve uma tentativa de unir as enfermeiras e as parteiras através de curso de formação, determinado pela medicina, se constituindo de apenas uma cadeira para as alunas, evitando-se assim a concorrência (PEREIRA, NETO, 1995 p. 11(4): 600-15).

Durante o século XX ocorre a passagem do processo de parto residencial, onde as mulheres aprendiam tudo sobre o nascimento através das suas mães, irmãs, da sua família, e o parto ocorria em casa, sem interferência médica e dos hospitais (BRENES, 2008).

À medida que o processo do parto passou para a responsabilidade apenas das equipes médicas, as famílias foram ficando cada vez menores, e as futuras parturientes foram perdendo o contato com as mulheres parteiras, e a assistência ao processo do parto em ambiente hospitalar e maternidades ficou a cargo de uma equipe médica, na qual cada um realiza uma função específica: o médico obstetra, a enfermeira obstétrica, a auxiliar de enfermagem e o pediatra (BRENES, 2008).

Entre idas e vindas e hostilizações de ambas as partes, somente a bem pouco tempo (2005) surge um curso de Obstetrícia voltado para a formação de profissionais não médicos para a assistência ao parto (DINIZ, 2005).

### **6.1 A enfermagem como agente facilitador no processo de humanizar**

De acordo com Brandão (2009) os profissionais de enfermagem com especialização em obstetrícia são os grandes responsáveis pelas modificações, que se têm verificado no cuidado com a mulher durante o processo de parto e pelos avanços, que têm sido implementados em termos de humanização do parto.

No processo de humanização do parto a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se de fundamental importância, pois pode ser fator determinante a observação do corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho, mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados (BRANDÃO, 2009, p.7)

A humanização da assistência ao parto implica principalmente que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (DIAS, 2005).

Ainda conforme o pensamento de Brandão (2009) o profissional da enfermagem é quem tornará dentro da sua prática, todo o processo do parto mais

humanizado, atentando para a permissão da presença do acompanhante durante o trabalho de parto, esclarecendo o que ocorrerá com a parturiente, o que poderá transformar o acompanhante em uma ajuda preciosa, realizando massagens, segurando-a pela mão, passando tranquilidade.

O profissional de enfermagem tem competência científica, técnica e relacional para assistir a gravidez de baixo risco, preparar para a parentalidade, assistir a evolução do trabalho de parto, executar o parto eutócico, assistir a mãe/criança no pós-parto, aconselhar o planejamento familiar e pré-concepção, o que os torna profissionais altamente qualificados, para atender as mulheres neste ciclo da sua vida (BRANDÃO, 2009, p.13).

Conforme o Ministério da Saúde (2001) o bem estar da futura mãe deve ser assegurado por meio do livre acesso de um membro da sua família, durante o nascimento e em todo período pós-natal. Esse acompanhante é de livre escolha da parturiente e é reconhecidamente benéfica sua presença como suporte psíquico e emocional, um contato físico, que diminui o medo e a ansiedade, além de somar forças para estimular nos momentos mais difíceis (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a privacidade da mulher no ambiente do parto deve ser respeitada. A parturiente necessita ter um quarto próprio, onde o número de prestadores de serviço deve ser limitado ao essencial (BRASIL, 2001).

Referindo-se a assistência ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde, destaca que o atual modelo é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e drogas, muitos deles utilizados com pouco embasamento em evidência científica, podem envolver riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos (BOARETTO, 2003).

Observa-se que, o parto vaginal oferece maior facilidade para o estabelecimento da lactação mais precoce e efetiva, uma vez que não há dor incisional ou o efeito pós-anestésico, como o da cesárea. Além do mais, no parto normal, o primeiro contato mãe-filho ocorre mais precocemente, enquanto que na cesárea, dificilmente a criança vai até a mãe antes das primeiras seis horas pós-parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o recém-nascido logo no berçário e, o que é pior, em mamadeira (FALEIROS, 2006).

Observa-se que a mortalidade neonatal decorrente de problemas relacionados com a gravidez e o parto, estão intimamente relacionados com as características biológicas das mães, condições socioeconômicas das famílias e a disponibilidade e qualidade da atenção perinatal (GENTILE, 1997).

A concentração dos óbitos neonatais no período neonatal precoce, principalmente nas primeiras horas de vida, evidencia a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento à criança, no nascimento e no seguimento (BRASIL, 2004).

Paralelamente, a mortalidade materna que tem como causas predominantes as obstétricas diretas, destacam-se também as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004).

Em se tratando da dor, um dos métodos de alívio é a oportunidade de aceitar qualquer posição que a parturiente deseje, adotando posturas verticalizadas e de deambular, sem a interferência dos prestadores de serviço. A parturiente não deve ficar restrita ao leito e em decúbito dorsal. Ela pode e deve ficar em pé, sentar e caminhar conforme sua vontade. O enfermeiro deve encorajar a mulher a andar e ter a liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo (ENKIN et all, 2005, apud CHANG YI, 2007)

O profissional de enfermagem deve ser envolvido emocionalmente com a mulher que vai parir, partilhando dos sentimentos bons e ruins, estando disponível, permitindo-lhe expor seus sentimentos, escutando-a atentamente, de modo que a parturiente compreenda a preocupação e atenção do enfermeiro (ENKIN et all, 2005, apud CHANG YI, 2007)

O enfermeiro sabendo da sua responsabilidade precisa garantir o cuidado, o conforto, a clareza das rotinas a serem cumpridas não só pela equipe de enfermagem, mais também pelos demais profissionais da equipe de saúde envolvidos, proporcionando assim segurança, e satisfação á mulher no seu processo de parir.

Um enfermeiro obstetra tem obrigações morais e profissionais, para com a mulher a quem presta cuidados. Considera-se que os cuidados de enfermagem em obstetrícia existem para o bem das mulheres e das suas famílias (BRANDÃO, 2009, p.13).

Para o desenvolvimento da enfermagem como ciência, os cuidados especializados, como os que são prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, assumem uma grande importância, sendo fundamental desenvolver habilidades e competências, não apenas a nível do saber fazer, mas também, e principalmente, a nível do saber ser, de modo a promover a humanização dos cuidados, que devem ser cada vez mais globais, personalizados e decorrer em ambiente relacional e eficaz (BRANDÃO, 2009, p. 14).

## 6.2 O parto humanizado

O parto humanizado tem como objetivo dar maior liberdade à futura mãe para escolher a melhor maneira de dar à luz. Ao optar pelo parto normal você estará possibilitando um nascimento sem intervenções desnecessárias, mais naturais e menos traumático para seu filho.

Considera-se como tipos de parto mais humanizados:

**Parto natural a Leboyer:** Frederic Leboyer foi um obstetra francês que na década de 70 propôs um parto menos agressivo, levando em consideração a percepção do bebê. Na barriga da mãe o feto já enxerga e ouve vozes. Com base nesses e em outros dados foi desenvolvido uma nova forma de parto: retirou do ambiente as luzes fortes que incomodavam a retina do bebê; preservou o silêncio na sala de parto e parou de pendurar o bebê de cabeça para baixo após o parto, colocando-o no colo da mãe.

**Parto natural de cócoras:** se uma mulher sem nenhum contato com a cultura vigente entrasse em trabalho de parto, naturalmente se colocaria de cócoras. Se pode dizer que o parto de cócoras é a forma mais natural de trazer ao mundo um novo ser. Esta é a posição mais confortável para o bebê, pois não comprime os vasos abdominais da mãe – o que ocasiona a diminuição na quantidade de sangue que vai para o feto.

**Parto natural em posição deitada (clássico):** considerada a posição mais adequada para que a equipe médica possa auxiliar no nascimento do bebê, esta postura foi sugerida pelo Dr. Mauriceau em 1700, e deve ser usada, num parto dirigido, quando houver necessidade de intervenção médica.

Cesariana humanizada: quando a saúde da gestante ou do bebê está em risco, o mais aconselhável é realizar uma cesariana. Apesar de ser um procedimento cirúrgico, é possível torná-lo menos invasivo através de algumas adaptações como, por exemplo: focar a luz apenas no campo cirúrgico, deixando o restante do ambiente em penumbra; estimular a presença do pai para dar apoio emocional e, após o nascimento, colocar o bebê no colo da mãe para a primeira mamada, tornando este processo mais aconchegante e familiar.

Em todos os partos a gestante deve ser acompanhada por equipe médica especializada: obstetra, médico auxiliar do obstetra, anestesista, instrumentador e pediatra especializado na assistência ao recém-nascido. Com isto tem assegurado, além de um parto humanizado e da preferência da mulher, a segurança indispensável à chegada do recém-nascido, objetivo maior.

### **6.3 O papel das Doulas no parto humanizado**

De acordo com Ana Cris Duarte (doulas.com.br) a palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Doula – Palavra grega utilizada pelos médicos pesquisadores John Kennel e Marshall Klaus, a partir da década de 70 do século XX, nos seus estudos sobre a presença de uma companheira leiga durante o trabalho de parto. Referência de figura materna em quem uma jovem mulher pode se apoiar durante todo o período perinatal” (ODENT, 2002, p.142).

De acordo com Klotzel no cenário hospitalar o médico se ocupa dos aspectos técnicos do parto; as enfermeiras obstetras passam pelos leitos se ocupando das mulheres; as auxiliares de enfermagem cuidam para que nada falte ao médico e à enfermeira obstetra e o pediatra cuida do bebê.

Apesar de uma equipe especializada no atendimento ao parto hospitalar ainda resta uma lacuna, quem cuidará especificamente do bem estar físico e emocional daquela mãe que está dando à luz? Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula ou acompanhante do parto.

Estando a mulher em um ambiente hospitalar, considerado impessoal, com a presença de pessoas desconhecidas em um momento tão íntimo dela, faz com que

essa mulher tenha seus medos, dores, angústias e ansiedade aumentadas. O momento do parto é considerado o mais importante para a mulher, tanto emocional quanto afetivo, e a ausência de um acompanhante familiar transfere para a doula essa demanda de emoção e afeto, fato que a equipe especializada de realizar o parto não poderá atender (BRASIL, 2001).

O papel delas é proporcionar conforto físico e emocional à gestante, facilitando a entrega e abertura para o nascimento do bebê; o seu trabalho começa durante a gravidez. Elas não são parteiras, nem substituem ou interferem no trabalho do médico ginecologista ou obstetra, mas desempenham um papel fundamental durante a gestação e, principalmente, na hora do parto. As doulas são capacitadas para informar, orientar e proporcionar conforto físico e emocional num dos momentos mais bonitos e intensos vivenciados por uma mulher: o nascimento de um filho (LEÃO e PEIXOTO, 2000).

É a doula que trabalha hoje para facilitar a confiança, o relaxamento, a entrega e a abertura que propicia o nascimento do bebê, mas não pode executar nenhum procedimento de origem médica (LEÃO e PEIXOTO, 2000).

Os profissionais de Enfermagem precisam estar atentos às constantes transformações por que passa a sociedade, especialmente em relação ao cuidado obstétrico que muda rapidamente, em função das exigências das mulheres quanto ao cuidado que lhes é devido, e ainda é preciso levar em consideração que o pai tem papel importante no processo gravídico e merece toda atenção por parte dos profissionais (BRASIL, 2001).

Para que tudo isso aconteça se faz necessário que os profissionais de enfermagem invistam na sua formação, não apenas nos conhecimentos científicos e técnicos, mas também no sentido de humanização dos cuidados e da aplicação de técnicas educativas e pedagógicas, de sensibilização e ajuste de comportamentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização do parto implica em mudanças de atitude e percepção de si e do outro como ser humano. A humanização do parto não é uma nova tecnologia ou um conhecimento novo, mas o respeito à fisiologia do parto e da mulher.

O parto humanizado consiste em um conjunto de ações que tem por finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis, diminuindo a probabilidade da morbimortalidade materna e perinatal.

Entretanto ainda se faz necessário que as iniciativas governamentais sejam realmente colocadas em execução e que realmente ocorra a participação de todos os profissionais de saúde, como da sociedade em geral, para que os serviços de saúde tenham qualidade, reduzindo as complicações maternas e neonatais.

Tendo em vista a atitude da mulher frente a uma futura maternidade pode se relacionar a esta uma enorme carga emocional que varia de acordo com a cultura social onde vive, mas em todas surgem dúvidas e receios, alegria e medo do desconhecido.

Esta pesquisa teve o propósito de mostrar a importância da humanização e da assistência à mulher parturiente, assim como mostrar seu verdadeiro significado e importância durante o processo de parto, se constituindo de grande importância a presença do profissional enfermeiro no cuidar, na ajuda, na valorização, na melhoria da autoestima, na atenção, no respeito às particularidades de cada uma, principalmente promovendo uma assistência integral a mulher e família.

Os profissionais de enfermagem envolvidos nesse contexto devem ampliar os seus conhecimentos e repensar suas práticas, partindo do pressuposto de que a humanização do cuidar é de fundamental importância, porque promove mais saúde e bem estar.

Conclui-se que esta pesquisa foi uma forma de refletir sobre a humanização e sua importância na parturição. A implantação efetiva da humanização do parto sempre será dependente do tipo de relação parturiente/profissional de saúde, atores responsáveis por uma assistência de maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T. A. S. G., SOUZA, T. E. O. **O pai a espera do parto**: uma visão compreensiva do fenômeno. Rio de Janeiro: Ed. do Autor; 1999.

ADRIANA, V. Z., GLAUCIANE A. A. Y. **The importance of the formation in the perception of the team of nursing regarding to the presence of the companion in childbirth room**. In: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ARTIGOS SOBRE O ACOMPANHANTE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA. Rev enferm UFPE on line [periódico da Internet]. 2008 Out [acesso em 03/outubro/2010]; 2(4):324-8. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php./revista/article/view/322/318>.

ÂNGULO-TUESTA, A. et al. **Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras**: cooperação e conflito na assistência ao parto. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-36, set/out. 2003.

BRANDÃO, S. M. P. A. **Envolvimento emocional do pai com o bebê: Impacto da experiência de parto**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009. Acesso em Agosto 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de humanização**. Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**; assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de políticas públicas de saúde. Área Técnica de saúde da mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2ª ed. Brasília /DF: MS. 2002.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher. Princípios e Diretrizes.** Brasília: MS Editora, 2004.

\_\_\_\_\_. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil**, século XIX. [online]. Cad Saúde Pública 1991 Abr/Jun; 7(2):135-49. [Acesso em 03 de out 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X

CASTRO J. C., CLAPIS, M. J. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7. Acesso em setembro/2010.

CHANG YI WEI, **Ações Humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepções de um grupo de mulheres em hospital escola.** Dissertação. São Paulo, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP) - **Avaliação dos Serviços de Assistência ao Parto e ao Neonato no Estado de São Paulo.** Cremesp, São Paulo, 2000.

DINIZ S. G. & CHACHAM, A. **Humanização do parto – dossiê.** Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2002.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciênc. Saúde coletiva. 2005; 10 (3): 627-37.

DINIZ, C. S. G. **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

DESLANDES, S. F. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(3): 615-26.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Atenção qualificada durante o parto.** Rio de Janeiro /RJ, FEBRASGO; 2004.

FREITAS, G. L., VASCONCELOS, C. T. M., MOURA, E. R. F., PINHEIRO, A. K. B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 jun 10];11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso: Setembro/2010

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza:** um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 1993.

JICA (...). **A Mortalidade materna no Ceará** - Feminina, Maio 2000 vol. 28 n. 4 p. 217

LEÃO, M. R. C., PEIXOTO, M. R. B. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto:** experiência do Hospital Sofia Feldman. In: Anais do 9º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. 2000. Campinas: UNICAMP/NEPO; 2000.

LIPP, M. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil – Saúde, ocupações e grupos de risco.** 2 ed., São Paulo: Papyrus , 2001.

MACHADO, N. X. S., PRAÇA. N. S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):274-79.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica.** 2a ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro. 1916.

MELLO, M. S., LIMA, J. V. **Humanização do parto em adolescentes:** aspectos emocionais. REECS. Revista Centro de Ciências da Saúde UNIFOR 2002; 15(2): 11-3.

ODENT, M. **O camponês e a parteira:** uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Editora Ground, 2003. 189 p.

OLIVEIRA, M. E. de. **A melodia da Humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento/Maria Emilia de Oliveira, Maria de Fátima Mota Zampieri, Odaléa Maria Bruggemann.- Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar dos não médicos (tese). São Paulo –SP. Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura**. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra (SUI); OMS, 1996.

PIOTROWSKI, K. A. (2002). **Cuidado de Enfermagem durante o parto e nascimento**. O cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Artmed, 356-414.

SILVEIRA, I. P., CAMPOS, A. C. S., MELLO, M. S., FERNANDES, A. F. C. **A percepção do pai frente ao nascimento do filho**. Rev RENE. 2004; 5(2): 23-7.

SOUZA, S. L. **O mundo emocional da grávida**. In: Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999.

\_\_\_\_\_. **O papel do pai**. In: Zugaib M. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997.

<http://www.partonormalhumanizado.com.br/> Acesso em agosto/2010.

<http://www.doulas.com.br/doulas.html> Acesso em agosto/2010.

Jornal do Conselho Federal de Medicina – Acesso em agosto/2010

- 1- Balanço 1997 – Parto Normal - Medicina, Jornal do CFM. Ano XII n. 89. p. 2. Janeiro 1998.
- 2- Natural é parto normal – Campanha do CFM mobiliza o país – Medicina, Jornal do CFM. Ano XII n. 88. p. 21. Dezembro 1998.
- 3- Medicina Baseada na Evidência – Um novo paradigma - Medicina, Jornal do CFM. Ano XIV n. 113. p. 18-19. Março 1999.
- 4- Partograma: Procedimento essencial em obstetrícia – Medicina, Jornal do CFM. Ano XV n. 116. p. 20-21. abril/2000.

Jornal do Conselho Estadual de Medicina do Estado de São Paulo – Acesso em agosto 2010.

- 1- Maternidades precárias colocam em risco mães e recém-nascidos – Especial. Jornal do Cremesp – p. 11. Ano XVIII – n. 130 Junho 1998.
- 2- Cai número de cesáreas na rede pública – Jornal do Cremesp – p. 12. Ano XVIII – n. 140 Abril 1999.
- 3- SUS terá “casas de parto” – “Só faz sentido onde não há médico” – Jornal do Cremesp – p. 11. Ano XVIII – n. 144 Agosto 1999.
- 4- A humanização de hospitais - Jornal do Cremesp – p. 11. Ano XVIII – n. 148 Dezembro 1999.
- 5- Hospital faz trabalho de integração com a comunidade - p. 12. Ano XVIII – n. 149 Janeiro de 2000.
- 6- Balanço da Gestão - Jornal do Cremesp – p. 2. Ano XX – n. 153 Maio de 2000.