

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

SIDIANE APARECIDA CARVALHO

A IMPORTÂNCIA DO PARTO NORMAL PARA A MULHER

**Campos Gerais
2013**

SIDIANE APARECIDA CARVALHO

A IMPORTÂNCIA DO PARTO NORMAL PARA A MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

Campos Gerais
2013

SIDIANE APARECIDA CARVALHO

A IMPORTÂNCIA DO PARTO NORMAL PARA A MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

Banca Examinadora:

Profa. Maria Jose Moraes Antunes - Orientadora

Profa. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro– Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 03/08/2013

A Deus por ter me oferecido a oportunidade de viver, evoluir a cada dia.

Aos meus familiares, por terem acreditado e fornecido condições para que eu concluísse mais uma etapa desta vida e pelo apoio e carinho oferecidos em todo momento de minha vida e principalmente neste.

Aos amigos, por todo apoio, amor, compreensão e pela companhia ao longo da trajetória que me levou à concretização deste sonho.

Agradecimentos

Á **DEUS** por conceder todas as coisas que precisei para realizar este sonho;

Aos meus familiares por todo incentivo que me deram, por me apoiarem e principalmente por tudo que me ensinaram.

Aos Professores, pela excelente orientação fornecida durante o curso que muito contribuíram para o meu crescimento intelectual e que me ensinaram que por mais que achamos que o nosso conhecimento já está bem profundo, estamos enganados, pois o conhecimento é algo que está sempre se renovando.

A todos aqueles que me ajudaram, de uma forma ou outra, a realizar uma travessia como esta. São pessoas especiais que não preciso indicar seus nomes, pois elas sabem quem são.

Obrigada por tudo!”

DURANTE ESTE TRABALHO...

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis.

O desânimo quis contagiar, porém, a garra foi mais forte, sobrepondo esse sentimento, fazendo-me seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho.

Agora, ao olhar para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e posso constatar que as noites de sono perdidas, o cansaço dos encontros, os longos tempos de leitura, digitação, discussão; a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas estruturais; não foram em vão.

Aqui estou, como sobrevivente de uma longa batalha, porém, muito mais forte e hábil, com coragem suficiente para mudar a minha postura, apesar de todos os percalços... (Andrew Rossut).

Como dizia Antoine Saint Exupéry em sua obra prima "O Pequeno Príncipe": "Foi o tempo que perdeste com a tua rosa, que fez a tua rosa tão importante."

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a importância do parto normal para a mulher, investigando na literatura científica estudos relacionados ao parto normal, seus benefícios e incentivos, buscando a diminuição do número de cesarianas desnecessárias na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Sabe-se que o parto e nascimento são experiências profundas, únicas e ao mesmo tempo, processos fisiológicos completos. O Brasil tem tido uma das maiores taxas de cesáreas quando comparado a outros países, realidade não diferente na Unidade Básica da Saúde da Família Rural Nilson Resende Leite, no município de São Thomé das Letras, estado de Minas Gerais, onde sou enfermeira. Comprovou-se o crescente número de cesarianas no país, pois, prevalece a falta de informação e de diálogo entre os profissionais da saúde e a gestante sobre as possíveis dificuldades, dúvidas e anseios que permeiam a escolha por determinada via de parto. Concluiu-se haver premente necessidade da realização de campanhas publicitárias e cursos de atualização especificamente voltados para sensibilizar e orientar os profissionais da saúde para a importância da via natural do parto. Por meio de tais profissionais as gestantes recebem cuidados, obtêm esclarecimentos e indicações sobre o tipo de parto mais adequado para cada caso. Neste trabalho são apresentadas propostas incentivando as gestantes a optarem pelo parto normal.

Palavras chave: 1. Humanização; 2. Parto normal; 3. Redução de cesáreas. 4 Incentivo ao parto natural.

ABSTRACT

The present study aimed to conduct a literature review on the importance of natural childbirth for women, studies investigating the scientific literature related to childbirth, benefits and incentives seeking to decrease the number of unnecessary cesarean sections in the catchment area of the Unit Basic Family Health (UBSF). It is known that the labor and birth experiences are profound, unique and at the same time, physiological processes complete. Brazil has had one of the highest rates of cesarean delivery when compared to other countries, not really different in the Basic Family Health Rural Nilson Milk Resende, in the municipality of São Thomé das Letras, Minas Gerais state, where I am a nurse. Proof has been the increasing number of caesarean sections in the country, because the prevailing lack of information and dialogue between health professionals and pregnant women about the possible difficulties, doubts and anxieties that permeate the choice for a specific delivery route. Concluded that there urgent need for publicity campaigns and refresher courses specifically aimed to sensitize and guide health professionals on the importance of the natural route of delivery. Through such pregnant women receive care professionals, get clarification and guidance on the most appropriate mode of delivery for each case. This work presents proposals encouraging pregnant women to opt for normal delivery.

Keywords: 1. Humanization 2. Normal delivery 3. Reducing cesarean. 4 Incentive natural childbirth.

LISTA DE FIGURA E QUADRO

Figura 1 - Manifestação das Gestantes	26
Figura 2 - Sucesso de criança nascida por meio de parto norma	30
Figura 3 - Sucesso de criança nascida por meio de parto normal	31
Quadro 1 - Atitudes de levam á humanização do atendimento de Ballone e relação com o trabalho de parto	22

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABENFO –	Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas
ANS –	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
CCS –	Centro de Ciências da Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMERJ –	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PREX–	Pró-Reitoria de Extensão
PSF –	Programa de Saúde da Família
RN –	Recém-nascido
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBSF –	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG –	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPI–	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	14
2 OBJETIVOS	15
3 METODOLOGIA	16
4 DESENVOLVIMENTO	17
4.1 Entendendo a fisiologia da Gestação e o Puerpério	17
4.2 Gestação e o Puerpério e Humanização da Assistência	19
4.3 Projetos e campanhas que estimulam o parto normal e a redução dos índices de cesárea	24
4.4 Propostas de ação de promoção do parto normal para os trabalhadores de saúde, gestantes e usuários de uma UBSF	28
5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema “importância do parto normal para a mulher e o recém-nascido” se deu a partir do Diagnóstico Situacional realizado na área de abrangência da Unidade Básica da Saúde da Família Rural Nilson Resende Leite, no município de São Thomé das Letras, estado de Minas Gerais, onde trabalho.

Durante atividades das disciplinas do Curso de Especialização na Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foram detectados em estudos realizados, além de altas taxas de cesáreas entre as puérperas, dificuldades dos membros da equipe de SF em esclarecer as autoridades do município e população sobre a finalidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ou seja, os políticos e a maioria da sociedade mantém a visão de uma ESF apenas ambulatorial, curativa e assistencialista, não valorizando o trabalho na forma preventiva, educativa de promoção da saúde. Nessa visão, prepondera o senso comum da preferência pela via cesárea para o parto, como a mais indolor e segura para a mãe e o bebê.

A gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento do embrião dentro da mulher que se inicia quando o espermatozoide do homem fecunda o óvulo e este se implanta na parede do útero e termina no momento do nascimento. Podendo ser uma gravidez normal, que dura cerca de 39 semanas, ou 280 dias, contando a partir do início do último período menstrual. E denomina-se gestação o processo fisiológico compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização (COSTA; FAZION, 2010).

Apesar de ser um processo fisiológico, a gestação é um momento especial na vida de qualquer mulher, pois se caracteriza pela capacidade de gerar e abrigar um novo ser. No período gestacional, as emoções femininas se intensificam devido às alterações hormonais. A gestação leva a mudanças no contexto familiar e pessoal tornando necessária a construção de estratégias de atenção à saúde materna (SILVA, SILVA, 2010).

É denominado trabalho de parto, o conjunto de processos fisiológicos através do qual um útero grávidico, por meio de atividade contrátil, expulsa um feto com idade gestacional normalmente depois de aproximadamente 40 semanas de gestação (COREN, 2010). Culmina o final do trabalho de parto (que são experiências profundas e únicas e ao mesmo tempo complexas) em um parto vaginal ou cesáreo, sendo o parto vaginal é o conjunto de fenômenos fisiológicos e mecânicos, no qual ocorre a expulsão do feto e anexos do corpo feminino pelo canal vaginal, sem

intervenção cirúrgica. Já, o parto cesáreo ou cesariano é realizado com intervenção cirúrgica, sendo que o corte é feito na região abdominal inferior para a retirada do bebê (COREN SP, 2010).

O conceito de "normalidade" no parto não é padronizado ou universal, apesar de muitos anos de consideráveis debates e pesquisas. Nas últimas décadas ocorreu, uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Assim, o ato do parto passou historicamente por modificações de acordo com as características e disposições da sociedade de cada época. Desde as últimas décadas do século XX, tem-se observado um aumento exponencial da incidência de cesáreas no mundo, muitas delas sem indicação estrita. No Brasil, essa incidência chegou a 34% de 2008 a 2009 e, em Minas Gerais - Juiz de Fora, 43,1% em 2009, mas apenas 15,4% entre 2008 e 2009 se deram por se tratarem de gestação de alto risco (BRASIL, 2010).

Desde a década de 70, outros fatores têm contribuído para aumentar a incidência de cesáreas no Brasil, motivo este é a maior remuneração da cesárea e a não remuneração da analgesia para partos vaginais; o privilégio do uso de tecnologia sofisticada em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal; a falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas; a falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna etc (SANTOS 2008).

A opção pela cesariana salva vidas, tanto da mãe quanto do bebê, mais isto só quando feita por indicação médica. Ao contrário, ocorre uma banalização dessa opção, atualmente no Brasil existe um modelo privado de hospitais que induz à cesariana onde, criou-se a cultura de que a cesariana é uma forma prática, moderna e indolor de ter um bebê. É fato que as novas técnicas levam a um aumento das cesarianas de 10 a 20 por cento, em geral, mas há regiões no Brasil em que esse índice atinge 80 por cento dos partos. (ABENFO, 2009)

Seja qual for o problema como político, social, financeiro tecnológico etc., o fato é que escolha pela cesariana é excessivamente usada, em alguns casos, sem necessidade, porque o tempo de espera até o nascimento é menor (um parto normal pode durar até 10 horas, enquanto a cesárea dura, em média, 40 minutos). A falta de informação também leva a mãe a acreditar que é um parto indolor, mas a recuperação é mais lenta e dolorosa que o parto normal. Os pontos não caem sozinhos (precisam ser removidos no consultório do ginecologista), há risco de infecção e os recém-

nascidos podem ter problemas respiratórios. Além disso, apresenta de 7 a 20 vezes mais chance de infecções e complicações para a mãe, que o parto normal. (ABENFO, 2009)

Contudo, existe falta de informação, de diálogo entre os profissionais da saúde e a gestante sobre as possíveis dificuldades, dúvidas e anseios que permeiam a escolha por determinada via de parto. E a maiorias das vezes esta escolha nem sempre é aceita, pois em certos casos o parte se dá por necessidade ou vontades médicas, ou hospitalares. Do ponto de vista ético deve-se respeitar a autonomia da escolha materna sem ignorar os verdadeiros critérios clínicos que levam a decisão médica pela via de parto. (ABENFO, 2009)

Para além de todas as discussões a respeito, o fundamental é que a mamãe e o bebê desfrutem de toda a informação e infraestrutura necessárias para que possam uma continuar e o outro nascer saudável. Somente assim "parto" deixará de ser sinônimo de coisa difícil e passará a ser visto como deve ser: um fato normal da vida. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Portanto, nesta pesquisa apresenta-se uma revisão bibliográfica sobre o tema, relatando as ideias, mostrando os investimentos na humanização da atenção durante pré-natal, pré-parto e parto. Busca contribuir com os estudos que orientam a mulher para conhecer melhor o que ocorre com ela durante a gravidez e o parto, diminuindo assim seus medos e inseguranças e colocando-a como agente principal de um momento ímpar na sua vida, "o nascimento de um filho".

1.1 JUSTIFICATIVA

O aumento na incidência de cesárea é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo. Contudo, no Brasil o índice de cesáreas é acentuado, como apontam os dados estatísticos fornecidos pelo Ministério da Saúde: em 2010, o Brasil registrou a realização de mais cesarianas do que partos normais.

Enquanto em 2009 o País alcançava uma proporção de 50% de partos cesáreos, em 2010, a taxa subiu para 52%. A Organização Mundial da Saúde recomenda que essa taxa fique em torno de 15%. Na rede privada brasileira o índice de partos cesáreos chega a 82% e na rede pública, 37%.. O Ministério da Saúde aponta ainda estudos que comprovam o abuso das "cesáreas eletivas. Nesse tipo de parto, a mãe agenda o dia do nascimento e o bebê nasce sem que ela entre em trabalho de parto, o que pode causar problemas de saúde, principalmente respiratórios, na criança, portanto apresenta risco .(FIOCRUZ, 2012).

Assim, a importância deste estudo torna-se necessário, para a atividade profissional, favorecendo as articulações com as autoridades e grupos sociais do município, especialmente junto às gestantes usuárias do PSF Rural Nilson Resende Leite. Espera-se impulsionar uma melhoria nos serviços prestados e até mesmo o interesse das mulheres da área de abrangência na realização do parto normal, mostrando o quanto é importante para elas e para o recém – nascido.

O crescente número de cesarianas realizadas em mulheres da área do PSF justifica incluir como destinatários uma campanha para os profissionais da saúde, pois, é por meio de tais profissionais que as gestantes obtêm esclarecimentos e indicações sobre o tipo de parto mais adequado para cada caso.

2 OBJETIVOS

GERAL

Investigar na literatura científica estudos relacionados ao parto normal, seus benefícios e incentivos, buscando a diminuição do número de cesarianas desnecessárias na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) local de trabalho da autora.

ESPECÍFICOS

- Relacionar Gestação e o Puerpério com propostas dos programas existentes para a Humanização da assistência.
- Relacionar projetos de humanização do pré-natal, parto e puerpério e campanhas que contribuam com a adesão ao parto normal e a redução dos índices de cesárea.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é uma revisão de literatura científica e documental, baseado em pesquisa bibliográfica virtual e nacional , acerca do tema estímulo ao parto normal e redução de cesáreas no espaço da saúde

Foram consultados as bases do SCIELO, Fiocruz, Ministério da Saúde e ABENFO e bibliotecas dos sites das principais universidades brasileiras.

As palavras chaves pesquisados foram: humanização; parto normal; redução de cesáreas.

Após leitura dos resumos foram escolhidos os textos que fizeram parte deste estudo, entre artigos, dissertações e teses, listados nas referencias bibliográficas.

De sua leitura critica procurou-se analisar acerca da importância do parto normal para a mulher e para o recém – nascido e as formas de incentivá-lo, para elaborar estratégias de abordagem de estímulo ao parto natural junto às gestantes e suas famílias.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Entendendo a fisiologia da Gestação e o Puerpério

De acordo com Rodrigues; Ferreira (2010) as alterações morfológicas e fisiológicas sofridas pelo organismo materno durante nove meses de gestação, são profundas e multi sistêmicas, para proporcionar a simbiose perfeita entre as condições necessárias para o desenvolvimento fetal ,em equilíbrio com o sistema materno.

Os mesmos autores ainda afirmam que ao início do processo de multiplicação celular, cujo resultado final é o desenvolvimento de uma criança, acontece quando a fecundação do óvulo ocorre (geralmente) na primeira porção da trompa de Falópio. Assim, após a implantação do ovo, durante as primeiras semanas, sua nutrição vai depender da digestão trofoblástica e da fagocitose do endométrio. Portanto, em torno da 12ª semana de gravidez a fisiologia da gestação apresenta a placenta já se desenvolveu o suficiente para que possa daí por diante suprir todos os nutrientes que forem necessários.

O aumento do fluxo sanguíneo materno-placentar, ao longo da gravidez ocorre principalmente à custa de vasodilatação. A fisiologia da gestação mostra a placenta ornada por um componente materno que é formado por grandes e múltiplas camadas chamadas de seios placentários por onde flui continuamente o sangue materno, e por um componente fetal que é representado, principalmente por uma grande massa de vilosidades placentárias que proeminam para o interior dos seios placentários e por cujo interior circula o sangue fetal. Deste modo, difundem os nutrientes desde o sangue materno por meio da membrana da vilosidade placentária para o sangue fetal, passando por um meio da veia umbilical para o feto. Por sua vez, os excretas fetais como o gás carbônico, a uréia e outras substâncias ,difundem do sangue fetal para o sangue materno e são eliminados para o exterior pelas funções excretoras da mãe na fisiologia da gestação (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Na fisiologia da gestação a placenta secreta quantidades extremamente elevadas de estrogênio e de progesterona, cerca de 30 vezes mais estrogênio do que é secretado pelo corpo lúteo e cerca de 10 vezes mais progesterona. Esses hormônios são muito importantes na promoção do desenvolvimento fetal na fisiologia da gestação. Entretanto nas primeiras semanas de gravidez, um outro hormônio também secretado pela placenta na fisiologia da gestação, a gonadotrofina coriônica ,estimula o corpo lúteo, fazendo com que continue a secretar estrogênio e progesterona durante a primeira parte da gravidez .Esses hormônios do corpo lúteo são essenciais para a

continuação da gravidez, durante as primeiras 8 a 12 semanas, mas, após esse período a placenta secreta quantidades suficientes de estrogênio e progesterona para assegurar a manutenção da gravidez. (RORIGUES; FERREIRA, 2010).

Ao término de aproximadamente nove meses de crescimento e de desenvolvimento ocorrido por meio da fisiologia da gestação uma criança completamente formada é expulsa do útero pelo processo da parturição.

Segundo Loli e Queiroz (2013), a fisiologia do pós-parto ocorre no período de cerca de seis semanas ou até o início da menstruação, ou seja, é o período que vai desde o nascimento até a normalização das alterações fisiológicas que ocorreram na gravidez. O útero sofre uma rápida involução, com reduções no volume e peso. Assim o segmento inferior do colo do útero, formado na segunda metade da gestação, desaparece as fibras musculares do miométrio começar a recuperar seu tamanho normal. Ocorre uma cicatrização espontânea no endométrio, durante os primeiros 25 dias pós-parto. Após o parto, cerca de 40-45, a menstruação reaparece. Durante o período de amamentação o endométrio está em repouso, sem estímulos hormonais ou estímulos insuficientes. O colo do útero, vagina, vulva, hímen, e períneo geralmente cicatrizam rapidamente. O Estrogênio, cujas concentrações plasmáticas de mil vezes na gestação, está normalizadas no 3-4 dias após o nascimento, e a progesterona normaliza em 10 dias. A gonadotrofina e lactogênio placentário são indetectáveis em 8 a 10 dias. Hormônio da tireóide e cortisol levam cerca de 6 a 8 dias para voltarem aos valores normais.

Conforme Loli e Queiroz (2013), as contrações uterinas dolorosas são características do período pós-parto. Elas ocorrem de forma mais intensa nas primeiras horas e mais em múltiparas do que em primíparas sem saber por quê. Também aumenta a intensidade durante a amamentação pela liberação de ocitocina. Fluxo de líquidos por meio da genitália externa durante o período pós-parto, com secreções produzidas no endométrio em regeneração, secreções do colo do útero e outros que primeiramente são vermelhos devido à predominância de sangue em sua composição, em seguida, adquire coloração rósea e quando parar de sangrar e leucócitos predominam a reparação dos tecidos, tornam-se amarelados. Os lóquios têm um odor característico. A secreção é expelida por meio do mamilo nos primeiros cinco dias, envolvendo os hormônios prolactina, ocitocina.

Quanto às eliminações, a micção é facilitada quando a mulher se levanta para ela. A evacuação espontânea é geralmente acontece no terceiro dia após o nascimento.

A Ingurgitação mamaria que é caracterizada por aumento dos seios no tamanho e em temperatura, seguida por uma reação febril se deve à grande

vasodilatação produzida nos vasos mamários e os canais linfáticos, que se enchem de sangue entre o segundo e quarto dia (LOLI; QUEIROZ, 2013).

Podem ocorrer outras mudanças durante o período pós-parto imediato e nos primeiros dias a mulher pode sentir sintomas de hipotensão (pressão baixa) e bradicardia. Em partos normais de mulheres saudáveis dificilmente produzem estes sintomas mesmo realizando suas atividades habituais. Em alguns casos, a mulher que acabou de dar à luz pode ter dores musculares pela intensidade do trabalho de parto, pelo grau de esforço físico. Os ombros e costas podem doer pela tensão gerada pela má postura e estresse durante a lactação.

Inchaços de membros inferiores podem ocorrer mais no final da gravidez. Geralmente regredem após a primeira semana pós-parto e isso não é motivo para alarme. São causados pela compressão do útero puerperal sobre os vasos sanguíneos pélvicos, a posição e o estresse do trabalho,. São mais frequentes nas mulheres que além de permaneceram longos períodos deitadas ou com as pernas nas perneiras da mesa de parto correm o risco de se machucar se tiverem varizes.(LOLI; QUEIROZ, 2013).

4.2 Gestação e o Puerpério e Humanização da Assistência

A humanização, na área da saúde, entrou em discussão nos anos 70 e 80 do século XX, no “Movimento da Reforma Sanitária”, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo de assistência à saúde vigente, que se centrava no médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Este modelo era oneroso e muito especializado, focando a doença e não a promoção da saúde. (BRASIL, 2001)

Além disso, o modelo assistencial à época configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo mal relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema (RIZZOTTO, 2002).

Para esse autor, nos anos 70, a saúde no Brasil era assegurada apenas aos trabalhadores com carteira assinada e contribuintes com a Previdência Social, O restante da população, no entanto, tinha que dispor de seus próprios recursos para obter serviços médicos.

A partir do “Movimento da Reforma Sanitária” surgiu o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) que visava resolver os graves problemas enfrentados pelo setor público de saúde, como a falta de atendimento para a maioria da população. Atualmente, o SUS ainda é um projeto inacabado e distorcido ao longo do tempo com

a massificação dos atendimentos, porém foi ponto de partida para a humanização da saúde no Brasil. (COMASSETO, 2006).

Neste contexto, Souza (1985) afirma que, em saúde, humanizar é o processo que busca oferecer ao paciente uma assistência holística, ou seja, um tratamento que leva em conta a totalidade do indivíduo.

Assim, em 2001, foi elaborado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, pelo Ministério da Saúde, que busca estender o conceito de humanização para toda a instituição hospitalar, através da implantação de uma cultura organizacional diferenciada que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Para Ballone, (2008), a humanização no atendimento hospitalar é a principal característica de uma administração eficaz e tem como o objetivo primordial de qualquer profissional prestador de serviço de saúde. O foco dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente.

A gestação e o puerpério trazem inúmeras implicações para vida de uma mulher. As transformações corporais, metabólicas e hormonais, provocam alterações de comportamento nestas mulheres, exigindo reestruturação e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos. Entre estas alterações, encontram-se a mudança de identidade e organização dos papéis desempenhados até então, levando a gestante e a puérpera a reverem suas identidades como filha e suas capacidades para exercerem a maternidade, trazendo à tona suas experiências, tanto positivas quanto conflituosas, relativas à própria mãe (ZIMERMAN, 2001.)

Estes autores relatam, ainda, que, juntamente com as adaptações e restrições implicadas pela situação de se ter um filho, há a necessidade de criação de um espaço psicológico para a recepção deste novo ser, o que exige, em síntese, a necessidade de um investimento físico e psíquico, dispendendo energia. Simultaneamente à mulher, o companheiro, quando presente, e as demais pessoas que convivem com a gestante, também passam por transformações advindas da gestação, como a mudança de identidade e a criação de um espaço psicológico para o bebê, além de lidarem com os conflitos e oscilações próprios da gestante (BALLONE, 2008 & ZIMERMAN, 2001).

De acordo com Santos (2008) quanto mais oportunidades a gestante e familiares tiverem de esclarecer suas dúvidas, falar sobre suas experiências e sentimentos, maiores as possibilidades de adaptação saudável a esta importante etapa de suas vidas.

A humanização deve fazer parte, também, da assistência ao período gravídico-puerperal, o qual inclui a assistência à gestante do início ao fim da gestação,

à puérpera e ao recém nascido. Ela é alcançada por meio de cuidados que minimizem riscos desnecessários e promovam conforto à mulher com a promoção e proteção de sua saúde. Além disso, a pessoa que cuida de forma humanizada deixa de prestar atendimento focado na realização apenas um procedimento específico, passando, durante a prestação de ações de saúde, a refletir e a interagir com a pessoa a ser cuidada com envolvimento e responsabilidade, humanizando o processo natural do ciclo da vida (ABENFO, 2013).

Nesse contexto, a prática da humanização da assistência no período gravídico-puerperal não deve ser apenas um modelo prescritivo e normativo de atuação assistencial, mas sim a configuração de bons resultados.

Uma atenção humanizada durante o pré-natal e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua qualificação, é muito importante que os profissionais da área da saúde compreendam a pessoa sob olhar holístico. (ABENFO, 2009)

Para tanto o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria 569 de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, tendo como proposta melhorar a qualidade da assistência e diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, garantindo o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, pós-parto e ao neonato (BRASIL, 2001).

O programa repassa incentivos financeiros a municípios e maternidades que ofereçam, em sua rede de serviços, atenção e suporte ao pré-natal, ao parto e a possíveis complicações obstétricas. Portanto, segundo a Política nacional de Humanização (BRASIL, 2001):

Humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (BRASIL, 2001 p. 54)

Interessante estudo de Ballone (2008) relaciona o Programa de Humanização com sete atitudes para os trabalhadores e instituições de saúde, que podem levar à humanização do atendimento. A autora deste trabalho, a partir de sua experiência profissional e leitura realizada, propõem para cada atitude as possibilidades de aplica-los no atendimento às gestantes, parturientes e puérperas. Sem duvida, as atitudes propostas por Ballone podem dar a elas mais segurança e coragem, incentivando-as ao parto normal, seguro e humanizado.

QUADRO 1: ATITUDES DE LEVAM À HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PROPOSTAS POR BALLONE (2008) E SUA APLICAÇÃO NO ATENDIMENTO À GESTANTE E NO TRABALHO DE PARTO

<p><i>Passos da Humanização do atendimento segundo Ballone (2008)*</i></p>	<p><i>Aplicabilidade na atenção à gestante, visão da autora</i></p>
<p>1. Aprimorar o conhecimento científico continuamente; interesse e competência. <i>O conhecimento continuamente adquirido deve ser o mais global possível, objetivando sempre atender as necessidades gerais dos pacientes, ao invés de se limitar à questão física ou específica da especialidade. Na oncologia, por exemplo, entre outras especialidades, a abordagem da dor e do conforto do paciente deve acontecer paralelamente à utilização dos mais recentes avanços terapêuticos. Deve-se atender também outros aspectos da qualidade de vida, como por exemplo, os efeitos colaterais do tratamento oncológico, a qualidade do sono do paciente, seu estado afetivo, sua sexualidade, apetite, estética, etc. Não se pretende, com isso, que o oncologista tenha todos esses conhecimentos, mas que seja sensível a ponto de facilitar para que o paciente conte com todos esses recursos</i></p>	<p><i>Sem sombra de dúvida, os aprimoramentos constantes do conhecimento e de novas tecnologias, decorrentes da evolução do conhecimento têm forte repercussão na área da saúde da gestante, da parturiente e puérperas,, com reflexos na qualidade dos serviços oferecidos e na segurança e na satisfação da clientela.</i></p>
<p>2. – Aliviar sempre que possível, controlar a dor e atender as queixas físicas e emocionais. <i>A atenção emocional diz respeito à compreensão sensível das queixas do paciente, mesmo que estas não tenham base fisiopatológica ou anatômica. O que está em questão não são os limites dos livros de fisiopatologia, mas sim, a representação da realidade pelo paciente, suas vivências e seu estado existencial atual. O alívio global do paciente nem sempre se proporciona só com analgésicos ou outras intervenções técnicas. Para o conforto global é imprescindível o bem estar afetivo, o qual pode envolver a companhia constante de familiares, a atuação de terapeutas, uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e outros recursos psicoterápicos e ocupacionais necessários</i></p>	<p><i>Embora a ciência contribua muito, para soluções eficientes aos problemas da doença, no parto a ansiedade, o medo, as dores existem e são sentidas pelas parturientes em limiares diferenciados. Nesses momentos reduzir o sofrimento humano diz muito mais respeito ao compromisso, à arte e à ética, muito mais que à técnica. Inclui-se aí a essência do cuidado: a proteção, o conforto, o desvelo.</i></p>
<p>3. - Oferecer informações sobre a doença, prognóstico e tratamento. <i>Os profissionais da saúde não devem economizar palavras ou qualquer outra forma de comunicação com os pacientes e familiares. O silêncio do profissional é uma das mais importantes queixas em relação ao mau atendimento(...). A falta de diálogo com o profissional da saúde pode ser iatrogênico. Não raras vezes ouvimos de pacientes que o simples contacto com o médico (ou outro profissional da saúde) foi suficiente para que começasse a melhorar. Essa melhora deve-se ao diálogo, à empatia e à comunicação lenitiva do profissional da saúde.</i></p>	<p><i>Além de um direito constitucional, é muito importante para os usuários dos serviços de saúde interagirem com o profissional de saúde, em um diálogo respeitoso e acolhedor. O conforto emocional é obtido dando-se ênfase ao controle adequado dos sintomas e aos aspectos emocionais, espirituais, sociais e familiares do paciente.</i></p>
<p>4. – Respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente. <i>O tratamento médico deve, prioritariamente, ser uma atitude que visa melhorar a qualidade de vida do paciente, portanto, qualquer limitação ao seu estilo de vida imposta pelo tratamento deve ser evitada (desde que o estilo de vida em questão não seja o objeto do tratamento, como por exemplo, alcoolismo). Alguns profissionais costumam ser insensíveis à esses valores, priorizando seus tratamentos em detrimento da qualidade de vida do</i></p>	<p><i>Cabe o profissional de saúde respeitar o modo, a cultura, crenças e a qualidade de vida da mulher grávida. E este “respeito” deve estar relacionado à humanização. Desconfortos e as queixas das gestantes devem ser ou resolvidos ou minimizados com rapidez, pelos profissionais da saúde que a estão atendendo,</i></p>

<p>paciente. Eles exigem que o paciente seja adequado ao tratamento e não ao contrário, o que seria desejável(...)Essas atitudes podem sugerir, às vezes, que a comodidade do médico acaba resultando em grave desconforto ao paciente. Também é o caso, por exemplo, das noções de horário e de desconforto que parecem não existir em alguns colegas médicos. Pacientes são submetidos a esperas intermináveis pelo atendimento, em franco desrespeito aos seus direitos.</p>	<p><i>ouvindo-as, compreendendo, respeitando, acolhendo.</i></p>
<p>5. - Respeitar a privacidade (e dignidade)do paciente. <i>Tem sido tênue os limites entre tudo o que o paciente deve se submeter para melhorar e facilitar o trabalho do médico ou profissional de saúde e aquilo que o profissional quer que o paciente faça apenas para seu conforto e comodidade. Existem em determinados hospitais algumas roupas padronizadas para seus pacientes que aniquilam totalmente a dignidade, deixando à mostra sua intimidade para pessoas que nem estão envolvidas na questão do diagnóstico e tratamento. Existem privações, proibições e restrições hospitalares que não resistem ao mínimo questionamento de um simples “porque não posso?” Para o suporte emocional é importante favorecer algumas preferências do paciente que não comprometem em nada o andamento do tratamento, como por exemplo, em relação aos acompanhantes, às visitas e outros hábitos costumeiros. (...) a introdução de recursos mais próximos do cotidiano das pessoas, tais como músicas, vídeos, filmes, apresentações, atividades artísticas, lazer, etc, suaviza a característica fria da atenção à saúde e melhora o estado emocional. São mundialmente reconhecidos os benefícios dos “hospitalhaços” e afins na convalescença dos pacientes internados.</i></p>	<p><i>E em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, principalmente quando a pessoa encontra-se fragilizada pela gravidez. Sendo assim, todos os profissionais de saúde têm de respeitar a fragilidade e a dignidade da mulher grávida e utilizar, para orientá-la, dar segurança, aplacando os seus medos, com estratégias de comunicação efetivas, mas agradáveis e relaxantes.</i></p>
<p>6. - A instituição deve oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional de saúde. <i>O grau de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional (em qualquer área) tende a repercutir em seu trabalho. Há instituições de atendimento já consideradas humanizadas, porém, algumas vezes essa humanização diz respeito exclusivamente à melhorias da estrutura física dos prédios. Evidentemente que a estrutura física dos imóveis é bastante relevante, mas a humanização da instituição vai além disso. Quando a instituição não oferece condições satisfatórias para seus profissionais há um risco bastante aumentado do atendimento não se processar satisfatoriamente. Também todo o sistema está envolvido. O sistema deve atender a instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.</i></p>	<p>Nas Instituições é necessária que haja igualdade e dignidade e direitos fundamentais respeitando tanto os profissionais como os pacientes. Para que isto ocorra deve-se estabelecer um padrão mínimo de atendimento para todos. A resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 3 de junho de 2008 da ANVISA regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos no Brasil. Nela é possível destacar as recomendações para a humanização, o acolhimento e um ambiente saudável para a gestante.(BRASIL, 2008)</p>

Fonte:* BALLONE, 2008.

4.3 Projetos e campanhas que estimulam o parto normal e a redução dos índices de cesárea

O ministro da Saúde, em 2010 ao participar de um debate no Senado, ressaltou que há uma “epidemia” de cesarianas no país. Destacou que esse procedimento cirúrgico é mais comum no setor privado que no público e que a taxa de cesáreas do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual ocorre a maioria dos partos, foi de 30% em 2006 e nos planos de saúde, a taxa naquele mesmo ano foi de 80%.

No entanto, o número de cesarianas no setor público é alto (o percentual máximo aceito pela Organização Mundial da Saúde é de 15%), o número verificado no setor privado está fora de qualquer padrão. E relatou que as eventuais complicações das cesarianas feitas desnecessariamente são provenientes á problemas, como a maior dificuldade para a recuperação da mãe, infecções pós-parto e até o risco de morte.

Mediante este fato, e inspiradas nas políticas do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde, professoras do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Piauí, desenvolvem, desde 2011, o projeto de extensão "Promoção do parto e nascimento saudável".

De acordo com Ramos (2011), a partir do momento que a mulher tem apoio, que é assistida com todas as condições necessárias, ela fica tranquila e o parto acontece da forma mais natural possível. Este projeto conta com uma equipe multiprofissional, composta por médicos da área obstétrica e neonatal, enfermeiras-obstetras e generalistas, técnicos de enfermagem e alunos de Enfermagem, que acompanham as parturientes no pré-parto, parto e pós-parto. A equipe estimula o contato pele a pele, da mãe com o bebê, nos 30 primeiros minutos após o parto. No pós-parto, são preparados os cuidados, auxiliando o ato de amamentar, orientadas sobre os cuidados que a mãe deve ter com ela e com o recém-nascido. Na enfermaria, fazem visitas às mães e onde orientam folder explicativo com orientações sobre cuidados com o recém-nascido.

O parto humanizado é uma assistência prestada à mulher e ao neonato que não consiste apenas em realizar procedimentos técnicos robotizados durante todo o processo parturitivo, mas procurando preservar o direito das mulheres serem protagonistas do seu parto; participando da decisão dos procedimentos a serem realizados e de ter ao seu lado a presença do acompanhante. E assim, garantir

segurança e confiança suficientes para um trabalho de parto rápido, eficaz e sem muitas intervenções (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013).

Assim, o projeto Promoção do parto e nascimento saudável que é viabilizado pela Pró-Reitoria de Extensão (PREX - UFPI), por meio da Coordenadoria de Programas e Projetos de Extensão, dá suporte com material de consumo e bolsistas.

Segundo Gayoso; Ramos (2012) em um momento onde se misturam várias sensações, como dor, ansiedade, alegria e estresse o profissional se sente útil e em poder ajudar as gestantes, proporcionando-as um parto mais normal possível e humanizado. No final, o sentimento que fica é de satisfação de poder estar ajudando as parturientes e realizando a arte do cuidar, declarou uma das autoras que participam do Projeto.

Outro destaque também sobre estimulação do parto normal e a redução dos índices de cesárea foi a reportagem, no programa de TV Fantástico que abordou em 2012 a questão do parto domiciliar, referindo-se ao sucesso do vídeo do “Parto da Sabrina, nascimento do Lucas” no youtube, que foi o mais visto da internet por algumas semanas e hoje já acumula mais de 3 milhões de visualizações.

Foi então aberta uma discussão, envolvendo agências reguladoras, conselhos de classe e sociedade. O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), manifestou-se, despertando o olhar de todo o país para a defesa do modelo tecnocrático centrado no poder do médico, ao publicar uma proibição arbitrária e antiética para que os médicos não mais participem de partos domiciliares, mesmo tendo uma retaguarda hospitalar. E deu um péssimo exemplo de cerceamento da liberdade de expressão ao denunciar um dos médicos que se mostrou favorável à liberdade de escolha da mulher sobre o local de parto, desde que com apoio da equipe e intervenções somente em casos necessários (RIOS, 2013).

Foi a partir deste cenário que muitas mulheres e homens, encontraram então espaço para dialogar, exigir e lutar pelos direitos humanos na assistência ao parto, criando um movimento social e organizaram passeatas com o slogan “Queremos um parto seguro e respeitoso!” (RIOS, 2013).

A manifestação foi realizada nas ruas em marcha, com cartazes, camisetas, faixas e gritos de mulheres e suas famílias que manifestaram seu desejo de ter seus corpos respeitados e um parto que não seja mais apenas um horário na agenda do centro cirúrgico.

Figura 1 – Manifestação das Gestantes



Fonte: Rios (2013).

Explodiram por todo o Brasil os movimentos virtuais e os encontros de ativistas, os grupos de gestantes buscando aquela experiência de parto mostrada nas fotos e nos vídeos da internet e televisão (RIOS, 2013).

Esta situação levou os especialistas a trazer a público as discussões acadêmicas em torno do paradoxo perinatal brasileiro.

O paradoxo perinatal brasileiro se exprime de forma peculiar nos diferentes modos de nascer na nossa sociedade, refletindo a desigualdade social brasileira, em os cenários chamado “parto normal” desvirtuado, o parto traumatizante, fruto do excesso de intervenções médicas e das imposições da conveniência dos profissionais e dos serviços de saúde. Neste cenário, muito propagado pela mídia, a mulher sofre e grita de pavor durante o nascimento de seu filho. Neste modelo tradicional, a mulher sofre inúmeras intervenções sem indicação técnica ou respaldo científico, que interferem no processo fisiológico e natural do trabalho de parto. Intervenções que podem provocar e aumentar a intensidade das contrações uterinas e, por consequência, a dor, o stress e até mesmo as complicações no parto, muitas vezes

contrariando o pressuposto da ética médica de primeiro não causar dano. Neste cenário, práticas baseadas em evidências científicas que propiciam o conforto da mulher. Precisamente, a definição de parto normal da Organização Mundial da Saúde é o parto que transcorre naturalmente, em que qualquer intervenção deve ter uma justificativa técnica válida e respaldada cientificamente. (ABENFO, 2013)

Em outro cenário está o nascimento por cesariana desnecessária, com grande frequência programada; o modo de nascer preferido entre as classes sociais mais altas e escolarizadas. A cultura da cesariana se coloca como propaganda enganosa do nascimento sem dor, riscos ou prejuízos à saúde, atendendo ao anseio do homem de controle da situação, da possibilidade de se libertar dos imprevistos ou surpresas inerentes ao parto. (LANSKY, 2013).

Para esta autora:

Ceder às forças da natureza parece diminuir a condição humana e se distancia do imaginário do status social e tecnológico aspirado pela “moderna civilização”. A artificialização do nascimento passa a ser um valor, incentivando todo tipo de exploração mercadológica. (...) a cesariana desnecessária se apresenta, (...) como mais uma “desnecessidade” da sociedade de consumo, banalizada como uma opção fácil, rápida e indolor, valores superficiais que se contrapõem à intensidade e profundidade das emoções e desafios que a vida, em especial a maternidade. (pag 3)

Concordo com Lansky (2013), quando afirma que esta barreira cultural, ad intolerância à dor precisa ser derrubada para a humanização do parto.

Existem organizações civis e políticas públicas que buscam mudar este paradigma na assistência aos partos no Sistema Único de Saúde, com assistência de qualidade, segurança, privacidade, respeito e uma efetiva redução da morbimortalidade materna e neonatal. (ABENFO, 2013)

Atualmente a Rede Cegonha traz investimentos em estrutura física e qualificação profissional das maternidades, muito trabalho para apoiar gestores e trabalhadores do SUS nas mudanças de práticas, valorização do SUS que dá certo, enfrentamento má administração dos recursos e a consciência na contratualização com os serviços. Talvez com estes investimentos começam a fazer história com a mudança do paradigma perinatal brasileiro (RIOS, 2013).

4.4 Propostas de ação de promoção do parto normal para os trabalhadores de saúde, gestantes e usuários de uma UBSF

Acreditando que a saúde no Brasil vem sendo uma preocupação governamental, vários programas foram criados objetivando na intervenção nas camadas mais vulneráveis da população. Dentre estes programas destaca-se Programa de Saúde da Família – PSF, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Programa de Saúde da Criança e do Adolescente entre outros. A implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento é a garantia do acompanhamento específico e adequado para a mulher, e são desenvolvidas ações de acompanhamento pré-natal em toda rede ambulatorial por equipes do PSF, que incentiva ao parto normal e redução de intervenções desnecessárias em toda rede ambulatorial por equipes do PSF etc. Além disso, o Ministério da Saúde realiza várias campanhas que visa a conscientizar a gestante para os benefícios do parto normal em todo o país. Deste modo, pretendo mobilizar mulheres grávidas e profissionais dos serviços de saúde públicos e privados que trabalham no setor de obstetrícia (BRASIL, 2013).

Outras ações também foram lançadas voltadas para a parcela feminina da população como Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008), Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida (2006), Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), dentre outros (BRASIL, 2013).

Entretanto, nas últimas décadas, tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento.

Para tanto, é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher parturiente, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos de mulher e cidadã. (MOURA, 2007)

De fato, verifica-se que as atuações de profissionais qualificados são essenciais, pois, trazem consigo uma adoção de protocolos próprios, baseados nas

evidências médicas, e a aceitação das medidas humanizadoras, que trazem segurança e redução do medo, conforme Moura et al , 2007:

Conforme essas parturientes são “ouvidas” em suas angústias e temores, o trabalho de parto flui de forma mais natural e, portanto, mais fisiológica. A possibilidade de deambulação entre e durante as contrações facilita a descida do polo cefálico, isto é, da cabeça fetal. O recém-nascido (RN), quando colocado imediatamente após o nascimento no seio materno, começando a sugar, ajuda na liberação de um hormônio chamado ocitocina, que é fundamental para a contração uterina pós-parto, facilitando a fase de dequitação da placenta com diminuição do sangramento e minimizando a necessidade de medicações uterotônicas. Assim, o pós-parto é mais tranquilo, facilitando a evolução natural do chamado quarto período, quando se dá a contração uterina efetiva e a diminuição do sangramento vaginal. (pag: 453)

Oferecendo argumentos explicativos e ao mesmo tempo concordando com os autores citados nos parágrafos acima, Rosa (2012) no trabalho apresentado no Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, de pesquisa com trabalhos educativos direcionados às gestantes e à população em geral, afirma que a presença de educadores dentro do pré-natal particular e a mudança no modelo de assistência ao parto que podem ser estratégias promissoras, já que a educação em saúde formalmente realizada em hospitais e consultórios tende a ser tendenciosa, mostrando a tecnologia como algo fundamental ao nascimento.

Relata ainda que o Ministério da Saúde vem apostando na educação em saúde como meta para redução dos altos índices de cesarianas, através de campanhas destinadas a conscientização da população e educação permanente dos profissionais que atuam na área, colocado que para mudar a relação do profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude de cada um citando que o reconhecimento da gestante como condutora do processo e a visão de que gravidez não é doença. (ROSA, 2012).

Na publicação da Revista Interface, Rattner (2009, p.759), documenta a trajetória institucional da humanização na atenção a nascimentos e partos (NeP), do ponto de vista de profissional que acompanhou de perto, ponderando-a com fatos, reflexões sobre alguns paradoxos e antevendo desafios para sua ampliação, concluindo que para que mudanças efetivamente aconteçam, são necessárias parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social.

Rattner (2009) afirma com pertinência que o atendimento humanizado nos serviços de saúde é projeto para a sociedade como um todo, um grande avanço no

sentido da equidade como direito de cidadania, exigindo medidas corajosas que vão interferir com interesses corporativos instituídos.

Há relatos de experiências de mulheres tiveram parto normais usuárias de unidade básica de saúde da família e hospitais que segundo Santos et al (2013) foram de grande sucesso.

Uma delas é o caso do parto em que a mãe de Narina, após duas cesárea resolveu fazer parto normal onde nasceu à filha Marina. De acordo com relato da mãe poucas horas após a internação hospitalar, sentiu o rompimento da bolsa e saída do líquido, conseqüentemente intensificou as contrações, e com isso conseguirá entender o que era a sensação de ter uma bolsa rompida. E a ultima meia hora de trabalho de parto relatou que “foi ótimo”, “maravilhoso” e a assistência foi de melhor qualidade. E completou que “não acreditava na cena, após a famosa cesárea prévia eu tinha feito um parto normal e a minha filha estava ali, toda quietinha no meu colo...”

Figura 2 – Sucesso de criança nascida por meio de parto normal



Fonte: Santos et al (2013)

Que sensação diferente! Me lembrava de tudo que já havia lido sobre parto normal. As sensações da hora do nascimento: o alívio e a descarga de adrenalina, a calma do bebê ao ser colocado junto a mãe. Tudo era mesmo verdade”. Marina nasceu bem demais. Apgar 10! 48,5cm e 2765kg. Não muito grandinha e gordinha, mas na medida exata para realização de um parto normal com tranquilidade. Gostei demais da experiência. Faria tudo de novo. As dores eram bem fortes mesmo. Mas não consigo mais lembrar exatamente sua intensidade. Só sei que não sentir minhas pernas adormecidas, sem poder levantar a cabeça e ter que ficar ali sendo costurada já não faz parte do meu relato de parto. Pude ter outra experiência. Com todo respeito a cesárea (cirurgia útil e graças a Deus existente para situações específicas e/ou emergenciais), digo e repito: Parto normal é tudo de bom!..

Outro relato de Santos et al (2013) foi o nascimento da Ana Clara. Logo que a mãe foi hospitalizada já sentindo intervalos de uma contração e outra. Segundo a mãe:

“as enfermeiras me ajudaram a ir para a cadeira, quando as contrações de expulsão vêm, não há como não fazer força. A bolsa só se rompeu minutos antes de Ana Clara nascer. Dr. Marco Aurélio disse: “Já está coroando”. O cabelo dela é pretinho.” Acho que a passagem da cabeça é o pior momento em matéria de dor (gente, queima mesmo!). Mas, uma vez cabeça pra fora, é tudo muito rápido e, em segundos, seu bebê está em seus braços e toda a dor desaparece, como num passe de mágica. Dr. Marco Aurélio ainda nos deixou um bom tempo juntas, sem cortar o cordão. Tiramos fotos e eu tentei amamentar, mas Ana Clara não estava muito interessada em comer naquele momento. Alex cortou o cordão e depois todos se foram e eu fiquei para a sutura. Aí, fui anestesiada e não vi mais nada.”

Figura 3 – Sucesso de criança nascida por meio de parto normal



Fonte: Santos et al (2013)

Ao contrário de outros depoimentos, tive uma laceração bem grande e tive que levar muitos pontos. Mas minha recuperação foi ótima, sem complicações. E a mãe completa “acho que o corpo da mulher está muito bem preparado para o momento do parto. A dor virá, com certeza. Mas, na hora da expulsão, tudo acontece como num transe. É como se houvesse um anestésico natural e, acredite, você sabe direitinho quando tem que fazer força, ninguém precisa te falar”. E finalizando a mãe diz que “algumas mulheres têm trabalho de parto curto, outras, bem longo, como o meu. Ao todo, foram mais de 20 horas entre a primeira contração, às 2:00h da manhã de domingo, e o nascimento, às vinte e duas horas e trinta e nove minutos. É preciso ter muita calma e paciência. Sou muito grata ao meu médico, pela tranquilidade que ele me transmitiu e pelo apoio, durante todas essas horas. Depois, na filmagem, pude ver que ele segurou minha mão até minha filha nascer. Minha mãe fez as fotos do parto e meu marido, a filmagem. Embora eles achassem que iriam desmaiar em algum momento, apesar de emocionados, aguentaram firme até o fim. Hoje a recompensa do meu longo trabalho de parto está bem aqui do meu lado, super sapeca, me dando uma força pra escrever este relato... P.S.: Minha mãe já me perguntou se o próximo bebê nascerá da mesma forma. E a resposta é: claro que sim!

Diante destes relatos nos parágrafos acima, fica claro que o nascimento de um bebê não é apenas um evento médico, é um evento sócio-familiar, que envolve a mãe, o bebê, o pai, a família, os amigos, os médicos e finalmente o hospital ou maternidade. Cada um destes envolvidos tem uma expectativa e um interesse. Assim, estando a gestante bem informada poderá tomar a decisão mais segura do “Parto Normal”, caso não haja a necessidade para as outras opções.

Acreditando que a saúde no Brasil vem sendo uma preocupação governamental, vários são os programas que possuem possibilidades de intervenção da população e um deste é o Programa de Saúde da Mulher, pois nele se conseguem identificar problemas futuros, importantes para a saúde, sobrevivência e fortalecimento da mulher brasileira.

Um dos indicadores epidemiológicos de índice elevado é a mortalidade materna. A mídia diariamente mostra que a elevação deste índice é oriunda das condições socioeconômicas das comunidades carentes, baixo grau de escolaridade e o difícil acesso aos serviços de saúde. Por isso, este programa adota em seu conceito várias perspectivas e uma delas é a articulação de esforços em todas as esferas do governo com vistas a sistematizar e direcionar os serviços para uma assistência humanizada, voltada para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, da prevenção do câncer do colo do útero e da mama, abordando os problemas nas diversas esferas da vida. Nesse sentido, o Programa tem como missão promover a saúde integral da mulher, reduzindo os índices de morbimortalidade nas diversas fases e ciclos de vida, tendo como metas de programa aumentar a cobertura, a concentração e a qualidade da assistência pré-natal, propondo vários objetivos e um deles é melhorar a assistência ao parto e puerpério, diminuir os índices de mortalidade materna, aumentar os índices de aleitamento materno (SILVA, et al., 2013).

Leal e Janotti em 2008, apresentam uma proposta de Avaliação da implantação do curso de gestantes nos PSF's com objetivos de avaliar o impacto do curso de gestantes na comunidade, incentivando a aplicação desta experiência em todas as unidades de PSF's do município, buscando informações sobre a consulta de pré-natal, grau de instrução, faixa etária das gestantes, avaliando sentimento apresentado durante o parto normal, avaliando assim a amamentação exclusiva, motivando a participação dos familiares nas ações de incentivo à amamentação e cuidados com o RN, avaliando assim, aos cuidados e acompanhamento adequado destes bebês nas unidades de PSF's. Como metodologia propõe que a área de estudo poderá consistir na população de gestantes da área dos PSF's, com famílias constituídas. O tipo de estudo poderá ser coorte-transversal I (retrospectivo) com as amostragens de gestantes, correspondendo a 100% da população de gestantes

cadastradas no período de realização do curso. E com isto a coleta dos dados poderá ser realizado um questionário contendo questões sobre a gestação parto e puerpério no período programado pelas Equipes dos PSF's. (LEAL; JANNOTTI, 2008).

O trabalho das equipes do PSF deverá priorizar a assistência a grupos considerados de maior risco e agravos dentre eles a gestação, parto e puerpério. E sem dúvidas a implantação de um curso completo de gestantes englobaria todas essas ações. Em decorrência dessa situação justifica-se a avaliação da implantação de ações que possam aprimorar e melhorar os indicadores

Poderá o curso consistir em encontros na comunidade, abordando temas como pré-natal, aleitamento materno, nomes do bebê, direitos e deveres da gestante, Tipos de parto, assistência e cuidados ao RN, apoio familiar e planejamento familiar. E a unidade deverá fornecer além de toda estrutura física, apoio logístico, enxovais, materiais para realização das práticas e visita a maternidade municipal.

E para realização deste curso poderá ser realizada parcerias como projetos da Secretaria de Saúde e ONG's que atuam no município (LEAL; JANNOTTI, 2008).

Assim, com esta proposta do curso de gestantes poderá trabalhar a educação popular em saúde, incentivando as gestante a optarem para o parto normal, buscando ações que subsidiem e integrem a prática do dia a dia, valorizando princípios como respeito, dialogo, pluralidade, valorização da cultura, afetividade, sensibilidade, interdisciplinaridade, problematização, ou seja um processo de construção participativa. Esperando que as gestantes cadastradas para este curso contribuam para a construção e melhora de seus conhecimentos. O reconhecimento e o respeito aos direitos das mulheres é um marco ético que lhes garante a saúde integral e o bem-estar. A assistência Obstétrica e Neonatal é, com certeza, condição para um bom acompanhamento do parto e puerpério; além do que, pela sua condição de cidadã, ela tem o direito de ser recebida com dignidade e respeito nas unidades de saúde que procura. Deverão ser adotadas algumas medidas seguras e humanizadas, que implicam a organização dos procedimentos e rotinas, bem como incorporam condutas que deverão ser colocadas em prática no Programa da Saúde da Mulher. (LEAL; JANNOTTI, 2008).

Os PSF's vem se destacando, mesmo em algumas regiões com acomodações modestas, pois as estratégias estabelecidas estabelecem profissionalismo e responsabilidade no atendimento aos usuários, buscando o aprimoramento das suas ações, com um atendimento de qualidade aos cidadãos na comunidade (LEAL; JANNOTTI, 2008).

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Como foi demonstrado no decorrer do trabalho o nascimento de um bebê não é apenas um evento médico, é um evento sócio-familiar, que envolve a mãe, o bebê, o pai, a família, os amigos, os profissionais de saúde e finalmente o hospital ou maternidade. Cada um destes envolvidos tem uma expectativa e um interesse.

O estudo possibilitou conhecer experiências exitosas de mulheres que vivenciaram experiências ao optarem pelo parto normal. Além disto, o estudo mostrou os índices atuais de mortalidade materna e infantil das mulheres que fizeram cesáreas. Pode demonstrar também que por meio dos resultados maternos e neonatais são consideravelmente melhores e com menor risco de complicação, proporcionando uma maior satisfação da mulher e de sua família ao obter uma assistência diferenciada e humanizada do nascimento.

Os registros encontrados nas literaturas pesquisadas comprovam que não é aconselhável a mulher fazer uma cesariana sem que haja necessidade.

Além de todas as discussões a respeito, o fundamental é que a mamãe e o bebê desfrutem de todas as informações e infraestrutura necessárias para que possam uma continuar e o outro nascer saudável.

Além disto, está comprovado cientificamente que as vantagens que mulher possui quanto á esta escolha são muitas, a recuperação é rápida deixando a mãe mais tranquila, o que favorece a lactação e a alta hospitalar é mais rápida, possibilitando à mãe retomar seus afazeres prontamente e a cada parto normal, o trabalho de parto é mais fácil do que no anterior e se a mulher vir a sofrer de mioma (patologia comum do útero), na eventual necessidade de uma operação, esta será fácil. Além disso, o relaxamento da musculatura pélvica não altera em nada o desempenho sexual.

Portanto, esta pesquisa buscou-se um levantamento de revisão bibliográfica sobre o tema, relatando as idéias, mostrando os investimentos na melhoria da atenção durante pré-natal, pré-parto e parto, para que a mulher se sinta apoiada e conheça melhor o que ocorre com ela durante a gravidez e o parto, diminuindo assim seus medos e inseguranças e colocando-a como agente principal de um momento ímpar na sua vida, “o nascimento de um filho”.

Assim será apresentado á Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação da Atenção Primária uma proposta para implantação de Avaliação do Curso de Gestantes para ser executado a partir do mês de agosto de 2013, no PSF Rural Nilson

Resende Leite com objetivos de avaliar o impacto do curso de gestantes na comunidade, e com a certeza de bons resultados, podendo assim incentivar a aplicação desta experiência em todas as unidades de PSF's do município.

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Agência Senado. Últimas Notícias. Ministro da Saúde defende combate à epidemia de cesáreas: estamos perdendo essa Guerra. 10 de maio de 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS. ABENFO. Maternidade Segura. Disponível em http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf Acesso em 23 de mar de 2013.

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde. 2008. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=251>. Acesso em 23 de mar de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. RDC N° 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f18c7f80474597439fbbdf3fbc4c6735/RDC+N%C2%B0+36,+DE+3+DE+JUNHO+DE+2008.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em 23 de abr de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em 4 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2001. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. A luta pelo parto normal e respeitoso. 2013. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/60784-a-luta-pelo-parto-normal-seguro-e-respeitoso> Acesso em 23 de mar de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Blog da saúde. Campanha Parto normal. Acesso em 23 de mar de 2013 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28513.

_____. Especial: Saúde garante mais proteção às mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10007>. Acessado em 05 de abril de 2013.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo. Parto Natural. São Paulo, 2010. Disponível no site: <http://www.corenmg.gov.br/corenmg/acesso-a-informacao.html>. Acessado em 23 de mar de 2013.

COSTA, A. C. S.; FAZION, D. B. Utilização da técnica de stretching para alívio da lombalgia na gestação – revisão de literatura. Artigo científico graduação “lato sensu” em Técnicas osteopáticas e terapia manual. Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho. 2011.

FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná de. BARBOSA Míriam Cristina de Almeida. SILVA Thais Aparecida de Souza. PASSARINI Thaís de Melo. LANA Bruno Nazareth., BARRETO Jubel Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010. Disponível em. www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/.../460 Acesso em 23 de mar de 2013.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz pesquisa aumento de cesarianas no Brasil. 2012. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/fiocruz-pesquisa-aumento-de-cesarianas-no-brasil/> Acesso em 23 de mar de 2013.

GRANADO-NEIVA, J. G. Operação cesárea no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. XXVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1982.

JESUS, Fernanda Maria de S. Pires Moura; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias de; Rocha, Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Revista Brasileira de Enfermagem Rev Bras Enferm – REBEn. Brasília 2007, jul-ago., nº 60, v. 4, p. 452-5.

LANSKY, Sônia. Por um novo modo de nascer no Brasil. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35995. Acessado em 16 de abril de 2013

LEAL, Neide Pires; JANNOTTI, Claudia Bonan. Avaliação da implantação do curso de gestantes no PSF do Cabo de Santo Agostinho. Experiência bem sucedida no PSF de Suape. Paraíba, 2008.

LERCH, I. E. Humanização no hospital. Enfoque. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7- 11, mar. 1983.

LOLI, J. S.; QUEIROZ, R. Obstetrix / Parteiro. Disponível em <http://educadoraperinatal-ngap.wikispaces.com/file/view/01+P%C3%B3s+parto.pdf>. Acessado em 4 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde premia atendimento humanizado a mulher e a criança Agência de Saúde de Ribeirão Preto - SP. Saúde Ribeirão. Ribeirão Preto (SP); 2004. (citado em: 10 jun 2006). Disponível em: URL: <http://www.sauderibeirao.com.br>. Acessado em 23/04/2009).

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al . A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 4, Ago. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 Mai 2013.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. Parto humanizado: influências no segmento saúde. O Mundo da Saúde. São Paulo: 2009, nº 33, v. 1p. 80-88.

RAMOS, L. R.; GAYOSO, M. C. Centro Obstétrico da Maternidade Dona Evangelina Rosa - CO/MDER Projeto: Departamento de Medicina (médica pediatra)Quantidade de

bolsistas: 04Local: Centro Obstétrico da Maternidade Dona Evangelina Rosa - CO/MDER, 2012. Acessado em 01 de abril de 2013.

RIOS, Angela. A luta pelo parto normal seguro e respeitoso. Mato Grosso do Sul. Disponível em www.euqueropartonormal.com.br. Acessado em 04 de abril de 2013.

RIZZOTTO, M. L. F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. Revista Brasileira de Enfermagem. [S.l.:s.n.], v. 55, n. 2, p. 196-199, mar/abr., 2002.

RODRIGUES, L. P.; FERREIRA, S. R. P. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. nº 32, v. 2, 2010, p. 53-56.

ROSA, Milene. Possíveis contribuições da educação dialógica em saúde para o resgate do parto natural. Universidade Regional de Blumenau. IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012, 12p.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface. Comunicação Saúde Educação. 2009, v.13, supl.1, p.759-68.

SANTA, Helena, E. T.; WISBECK, J. Implantação do SINASC e perfil dos nascidos vivos de Blumenau, 1994-1997. Informe epidemiológico do SUS, v. 7, n. 3, 2002, p. 35-42.

SANTOS, J. F. K. Parto normal ou cesárea? Folha de S. Paulo, São Paulo, 18 set. 2008. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1809200808.htm>>. Acessado em 1 de mar. 2013.

SANTOS, Soraia Nogueira et al. Relatos de Parto normal. Disponível em www.nucleobemnascer.com.br. Acessado em 18 de abril de 2013.

SILVA, Karen Magalhães Coimbra; SILVA, Krishana Magalhães Coimbra. Caracterização do perfil das gestantes atendidas na IBS no município de Campos Gerais-MG. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Faculdade de Campos Gerais: FACICA. 2010, 61 p. Disponível em <http://www.facica.com.br/bibliotecavirtual/documentos/2/3.pdf>. Acessado em 28 de fevereiro de 2013.

SILVA, Lucia Cristina Florentino Pereira da; SANTINON, Evelyn Priscila; TRINTINÁLIA, Maryam Michelle Jarrouge; ARAÚJO, Natalúcia Matos; OCHIAI, Ângela Megumi; PARENTI, Patrícia Woltrich; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de. Direitos humanos e a assistência à saúde da mulher no Brasil. Revista Âmbito Jurídico. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8927. Acessado em 20 de abril de 2013.

SOUZA, M.; POSSARI, J. F.; MUGAIAR, K. H. B. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Revista Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 5, n.2, p. 77-79, abr./jun. 1985.

ZIEMERMAN, A. Gestação, parto e puerpério. In: EIZIRICK, C. L. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica (1997). Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 2, p. 29-40.