

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE
MOSSORÓ-FACENE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KALINE RACHEL RODRIGUES DA COSTA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

MOSSORÓ/RN
2011

KALINE RACHEL RODRIGUES DA COSTA

**PERCEÇÃO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Johny Carlos de Queiroz

MOSSORÓ/RN
2011

KALINE RACHEL RODRIGUES DA COSTA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentado pela aluna Kaline Rachel Rodrigues da Costa, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Jonhy Carlos de Queiroz – (FACENE/RN)
(Orientador)

Prof. Msc. Lorrainy da Cruz Solano – (FACENE/RN)
(Membro)

Prof.Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva – (FACENE/RN)
(Membro)

RESUMO

É notória a perda da autonomia da mulher no momento do parto no decorrer dos anos, a mesma encontra-se cada vez mais distante de exercer seu papel de protagonista na hora de parir, no paradigma tecnológico circulante nos centros obstétricos de todo país.) O objetivo deste estudo foi verificar a compreensão das mulheres sobre a humanização do parto, analisar a percepção de mulheres sobre a assistência de enfermagem na humanização do parto, avaliar a percepção das mulheres sobre a resolutividade do centro obstétrico no parto humanizado e investigar a expectativa das mulheres frente a humanização do parto no centro obstétrico.) Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, transcritas e organizadas e seguidas para análise.) Os resultados obtidos demonstraram certa analogia entre as respostas das mulheres, para estas um serviço humanizado é desprovido de técnicas e aparatos tecnológicos, e sim, movido a base muita atenção, dedicação, orientação, respeito a sua intimidade e a dor sentida.) As mulheres entrevistadas percebem que, dentro das ações de enfermagem são identificadas uma assistência humanizada, que mesmo que longe de técnicas e aparatos tecnológicos, o enfermeiro se mostra um facilitador do processo da humanização.) Constatamos ainda que o hospital maternidade ao qual se desenvolveu este estudo foi identificado que alguns dos direitos das parturientes preconizados pela OMS não estavam sendo respeitados na população estudada. A pesquisa permite concluir que de posse de todos os dados do estudo, percebemos que sob a ótica da mulher acerca do profissional de enfermagem se revelou por aquele profissional que se deixa tomar por sentimentos e que assegura os reais valores humanos no desempenho do seu ofício nos vários períodos do parto.

Palavras Chaves: Saúde da mulher. Parto. Humanização do parto. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

It is evident the loss of autonomy of woman in childbirth over the years, she meets herself each time more distant from exercising her role of protagonist in time to give birth in the current technological paradigm in the obstetric ward of every country. The aim of this study was to check the understanding of women on humanization of childbirth, to analyze the perception of women about the nursing care of humanized delivery, assessing the perception of women about the resolution of the obstetric service in humanizing delivery and to investigate the expectation of women face the humanization of the obstetric service delivery. It consists of an exploratory, descriptive and qualitative research, following the proposal of the Collective Subject Discourse, data were collected through semi-structured interviews that were taped, transcribed, organized and followed for analysis. The results obtained between women's responses. For them, a humanized service is devoid of technical and technological devices, but moved the basis of much attention, dedication, orientation, respect for their privacy and pain felt. The women interviewed perceive that within the nursing actions are identified a humanized, that even far from technical and technological devices, a nurse is a facilitator in the process of humanization. It was verified that the maternity hospital which has developed this study was identified that some of the rights of pregnant women recommended by the WHO were not being respected in this population. The research permit to conclude that through the possession of all the study data, we realized that from the perspective of women on the professional nursing revealed by a professional that is taken by feelings and ensures the real human values in the performance of his office various periods of the delivery.

Keywords: Women's health. Childbirth. Humanization of delivery. Nursing care.

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Idéia central, expressões chaves e Discurso do Sujeito Coletivo	46
Quadro II - Idéia central- II, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo	49
Quadro III - Ideia central - III, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo	51
Quadro IV - Idéia central- IV, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo	55
Quadro V - Idéia central- IV, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	8
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO	9
1.3 JUSTIFICATIVA	10
1.4 HIPÓTESE	13
2 OBJETIVOS	14
3 REVISÃO LITERÁRIA	15
3.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COMO REFERENCIA PARA OS SERVIÇOS DO SUS	15
3.1.1 A política nacional de atenção à saúde da mulher na garantia da assistência ao parto	16
3.2 HUMANIZAÇÃO NO PARTO	17
3.3 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO.....	23
3.3.1 Modelo Tecnológico	23
3.3.2 Modelo Natural	24
3.3.3 Modelo Humanizado	24
3.4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO OBSTÉTRA NA ATUAÇÃO AO PARTO.....	25
3.4.1 Atribuições do enfermeiro obstetra	27
3.5 ACOLHIMENTO A PARTURIENTE NO PRÉ-PARTO	29
3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO.....	31
3.6.1 Período de dilatação cervical	33
3.6.2 Período de expulsão fetal	35
3.6.3 Período de dequitação ou secundamento	36
3.7 A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NA CONCRETIZAÇÃO DO	

PARTO HUMANIZADO	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	38
4.2 LOCAL DA PESQUISA	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	40
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	41
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	43
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES	45
7.2 DADOS RELACIONADOS A PERCEPÇÃO DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, ANALISADOS SEGUNDO AOS DSC – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	46
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICES	68
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A gravidez se revela como verdadeiro fato social, que envolve vários autores e constituem uma das experiências humanas mais enriquecedoras para o ser feminino. Dado como um momento único, é chegada a ocasião especial na vida da mulher, do seu companheiro e de seus familiares.

Os profissionais de saúde deveriam se inserir como meros coadjuvantes, direcionando-os a desenvolver um papel condizente com as necessidades biopsicossocial, sendo necessário compreender a individualidade da mulher, humanizando o atendimento á mulher, ao recém-nascido e á toda a sua família.

Destarte, a equipe de enfermagem poderá fornecer não só o artefato técnico, mas incluindo o artefato humano, vindo a proporcionar a criação do vínculo de forma profunda para com a parturiente em uma perspectiva humanista.

Neste sentido é direito de toda mulher receber uma assistência adequada desde a ocasião que adentra o setor obstétrico até o momento do parir que venha a lhe favorecer segurança, proteção e acolhimento, suscitando na mesma tranqüilidade e confiança.

A prevalência do paradigma do médico como o principal responsável pelo parto, atribuindo-o como único responsável, coloca os outros profissionais como coadjuvante neste processo.

Entretanto, recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), advertem para uma maior participação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto normal, sendo esta em sua formação voltada à orientação ao cuidado, e não a intervenção, quando aponta o parto como verdadeiro evento natural, que não necessita de controle, e sim de cuidados (BRASIL, 2005).

O profissional de enfermagem possui todos os atributos á elevar o potencial da mulher a expressar em suas várias formas os seus verdadeiros

sentimentos maternos, prestando uma assistência de forma humanizada, intermediadora ao exercício saudável da maternidade.

Para que se entenda esse evento de forma natural e fisiológica, é preciso muito mais do que eventos tecnológicos, é necessário que venhamos a reconhecer os fatores sociais, emocionais e psicológicos que submergem dentro tal processo, para tanto é preciso transformações significativas na percepção das equipes envolvidas, ampliando assim sua visão para o momento do parto e nascimento.

É necessário que haja uma descaracterização no processo de nascimento colocando este como um processo de cunho patológico, pois não há na vida algo mais natural do que a arte de nascer, não podemos fugir do processo fisiológico que gere o método de parir e de nascer (BRASIL, 2005).

Barbiere; Tsunehiro (1983 apud SANTÓRIO; NAKAMURA, 2007, p.14) relatam que “o parto não é apenas um só no momento do nascimento, mas em quatro. Nasce uma criança, nasce daí uma mulher para ser mãe, um homem para desempenhar seu papel de pai, nascendo por ultimo uma família”.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A experiência em campo de estágio no setor obstétrico da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado, instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), referência para a cidade de Mossoró/RN e cidades circunvizinhas, foi bem distintas do que vivenciamos na academia e do que está preconizado nas literaturas pesquisadas.

Essa experiência em campos de práticas nos proporcionou questionar a humanização prestada às mulheres, assim como, sobre o processo do cuidar/assistir nos setores de pré-parto e parto, que nos aguçou durante os momentos teóricos no decorrer do curso de graduação em enfermagem.

Somos sabedores que circula dentro do campo da obstetrícia uma assistência mecanicista/tecnológica induzindo em sua grande maioria á conseqüências

traumáticas, tanto na esfera das psicopatologias quanto no tocante as injúrias físicas causadas a parturiente.

Toda a imagem positiva que a mulher constrói ao longo da gestação podem ser afetadas durante o trabalho de parto, quando mal procedido, e com isso fazendo com que o estado físico, psíquico e comportamental sejam aflorados.

Em sua maioria as parturientes são apenas atendidas e não cuidadas, envolvidas por um silêncio que caracteriza uma inércia impetuosa, inaceitável que de hipótese alguma poderia difundir dentro dos cuidados em saúde, com isso há uma retirada do direito da parturiente de expressar suas necessidades (BRASIL, 2005). Os profissionais deveriam ser os facilitadores do processo de parir e de nascer, e não potencializadores de traumas.

Há ainda uma descrença na capacidade fisiológica da mulher, impedindo-a de colocar um novo ser no mundo. O uso indiscriminável de tecnologias, artificializando o parto e induz o uso abusivo de cesarianas em todo o país.

Neste contexto nos questionamos: Qual a compreensão das mulheres sobre a humanização durante o trabalho de parto? Qual a sua percepção com relação à assistência ao qual é prestada pelos profissionais de enfermagem do centro obstétrico da CSDR? A assistência pode ser considerada adequada ao paradigma Humanístico da assistência?

1.3 JUSTIFICATIVA

A motivação por este estudo originou-se durante as práticas supervisionadas relacionadas à disciplina voltadas a assistência a mulher em seu período gravídico-puerperal.

A intensa emoção da visualização do nascimento oportunizada em campo de práticas despertou o interesse pela pesquisa, e tornou-se para nós, enquanto estudantes do curso de Enfermagem e professor, respectivamente, a missão de

pesquisar o cuidado humanizado prestado a mulheres nos momentos que antecedem o parto conforme a nossa experiência em campo de estágio na Maternidade Almeida Castro, integrada a Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR) e administrada pela Associação de Proteção à maternidade e à infância de Mossoró (APAMIM).

Durante a nossa convivência junto às parturientes, percebeu-se que a maioria destas se mostravam ansiosas, demonstrando medo, insegurança de expressar seus anseios em relação a hora tão esperada do parto.

Consultando as literaturas referentes à assistência à parturiente, tem se mostrado foco de demasiados estudos e debates por diversos estudiosos, sendo visualizada a atenção ao parto e ao nascimento por praticas/técnicas desumanas, medicalização excessiva caracterizada com elevadas práticas intervencionistas, em sua grande maioria podendo ser analisadas como desnecessárias, em especial nas gestações de baixo risco. (BRASIL, 2005)

As crescentes taxas de cesarianas no país dificultam a assistência digna à mulher na hora do parto tornando um impasse alvo de discussões e preocupação por varias categorias e institutos intimamente ligados a promoção a saúde da mulher.

Propendendo reverter a questão na mudança a assistência direcionada a mulher e ainda mudar o paradigma tecnológico atual para o paradigma humanístico e com isso diminuir os riscos expressivos á saúde da mulher e de recém-nascido, o Ministério da saúde (MS) demonstrou no decorrer dos anos diversos esforços neste sentido. (BRASIL, 2005)

Foram várias estratégias criadas, no ano 2000, dentre elas nascia o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAH) e em seguida no ano de 2003 surgia a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção a da gestão no SUS (BRASIL, 2005).

Várias são as estratégias na busca de melhorar a assistência a mulher no momento do parto, o tema é bastante debatido, porém conforme dados do MS no ano de 2008 não há êxito nos objetivos almejados, pois cresce as taxas de cirurgias ao longo dos anos, prevalecendo o paradigma tecnológico.

As inúmeras investidas das OMS e do MS na busca de transformações em meio a assistência digna e humanizada ao parto e ao nascimento e com isso, conseqüentemente evidenciou-se a valorização do enfermeiro dentro deste processo, que nos refleti sobre a importância dos cuidados de enfermagem dentro deste processo e das relações interpessoais entre enfermeiro e usuárias.

Pensando neste contexto, viu-se que meras iniciativas humanizadoras nestes períodos poderiam potencializar todo processo do nascimento. A humanização precisa ver vista como uma das competências dos profissionais da área da saúde precisa ser rebuscada, pois a humanização está na nossa essência de vida. E ainda é formação específica da enfermagem, tendo a mesma competência para intervir diante este cenário.

A assistência humanizada deve sempre esta centrada na assistência das reais necessidades da clientela, por isto devemos conhecer o que a parturiente pensa, expressa e nos revela, e é de extremo valor a observância de todos os seus sentimentos, talvez tanto quanto os sinais e sintomas clínicos do parto.

Cada parturiente tem suas opiniões, necessidades, personalidade, crenças e dificuldades, diferentes, somente a escutando atentamente nos revelará sua individualidade. Bem como só assim a assistência de enfermagem atenderá facilmente suas reais necessidades.

É relevante mencionar a perda da autonomia da mulher no momento do parto no decorrer dos anos, a mesma encontra-se cada vez mais distante de exercer seu papel de protagonista na hora de parir, no paradigma tecnológico atual. (BRASIL, 2005)

Os dilemas são genuinamente reflexivos, nos invocando sempre ao então discurso do cuidado humanizado, levando nós a rever a PNH (Humaniza SUS) sempre baseada em uma visão humanista na busca de implementações de elementos básicos para garantir a humanização.

Para tanto, demonstramos enquanto pesquisadores qualitativos dentro da área da saúde, preocupações com as necessidades humanas destas mulheres que vivenciam o parto e o nascimento, e ainda como discorre a articulação do profissional de enfermagem e a instituição sobre o contexto da humanização da assistência levada

a mulher. Intuitivamente pensamos em contribuir com esta pesquisa para uma reflexão sobre a humanização da assistência da enfermagem para o parto.

Baseadas em todas as considerações mencionadas anteriormente, justifica-se este estudo para dar voz às mulheres em trabalho de parto e conhecer suas facilidades e dificuldades em favor ao momento do parto e nascimento, e assim, conhecer sua percepção sobre assistência de enfermagem, deste modo, ressaltar qual a importância da atuação profissional de enfermagem e da instituição, contribuindo na assistência humanizada na atenção a mulher nos períodos de trabalho do parto, demonstrando o verdadeiro sentido de cuidar.

1.4 HIPÓTESE

Considerando todos os esforços pela luta de reestruturação do paradigma atual para uma assistência obstétrica atuante de forma humanizada, estando o profissional de enfermagem inserido nesta luta. Acreditamos que através deste estudo perceberemos que é possível sob a ótica da parturiente para com o profissional de enfermagem, ser revelada por aquele profissional que se deixar tomar por sentimentos e valores humanos, mesmo quando estão sendo desempenhados procedimentos tecnicistas nos vários períodos do parto.

Mesmo com o modelo tecnológico de forma predominante, a enfermagem consegue desenvolver, com muitos esforços, uma assistência efetiva, qualificada e o mais importante, de forma humanizada na percepção da parturiente em trabalho de parto, sendo assim, a percepção da mulher estará contribuindo e redimensionando para novas práticas em saúde nos momentos do pré, trans e parto, demonstrando novos horizontes ao verdadeiro sentido do cuidar.

2 OBJETIVOS

- Verificar na compreensão das mulheres sobre a humanização do parto;
- Analisar na percepção de mulheres sobre a assistência de enfermagem na humanização do parto;
- Avaliar a percepção das mulheres sobre a resolutividade do centro obstétrico no parto humanizado;
- Investigar a expectativa das mulheres frente a humanização do parto no centro obstétrico.

3 REVISÃO LITERÁRIA

3.1 A POLITICA DE ATENÇÃO INTEGRAL Á SAÚDE DA MULHER COMO REFERENCIA PARA OS SERVIÇOS DO SUS

Por décadas o ser feminino era enxergado por uma visão reducionista, apenas a partir de suas funções biológicas predominantes á maternidade. Pois o planejamento das ações em saúde não partir da dimensão de gênero, para tanto essa dimensão em saúde se refletia de forma aguçada nas ações dirigidas a mulher pela ausência de uma abordagem ampla e de característica integral (BRASIL, 2008).

No Brasil, as mudanças relacionadas a saúde exclusiva da mulher começou a ganhar espaço através das lutas sociais juntamente com os movimentos feministas, todos articulados para a concretização de mudanças no sistema de saúde nacional, peculiarmente na mudança a atenção saúde feminina em seus vários contexto. A luta por um conceito de integralidade articulado a saúde da mulher só ganhou espaço nas políticas de saúde quando em meados de 1983 o Ministério da saúde criava oficialmente o Programa de Atenção Integral á saúde da mulher (PAISM) e em 1984 o PAISM era implantado no país. O programa tinha como objetivo maior oferece assistência a ser feminino em sua integralidade, ou seja, de forma que a atendesse em todas as fases de sua vida, com isto o respeito às necessidades e características das mulheres estaria sendo preservado como um todo (MANDU, 1999).

Com o novo programa voltado único e exclusivamente a saúde da mulher, o MS por volta de 1991, desarticulou por forma de divisão o Programa da Criança (PAISC) do PAISM, demonstrando que a saúde deveria ser vista em seus vários gêneros. Com o programa se rompia o antigo modelo materno infantil e o programa se detém á realidade assistência de uma filosofia voltada para a mulher, com bases nas ações programáticas de assistência ao pré-natal, parto, puerpério, prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e planejamento familiar (FIGUEIREDO, 2003).

Mas foi no ano de 2000, inspirados pelo então Paism e para que assim fosse aprofundado o real compromisso do SUS com as mulheres, nasceu através de aprovação do Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção à saúde da mulher.

Para tanto, as extensões dos componentes do PAISM estão divididos com base nas bifurcações gerais das contingentes fases da vida da mulher. Sendo estas:

- Assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal (baixo risco e alto), parto e puerpério.
- Assistência ao abortamento
- Assistência à concepção e anticoncepção.
- Prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama.
- Assistência ao climatério
- Assistência às doenças ginecológicas prevalentes.
- Prevenção e tratamento das DST/AIDS.
- Assistência à mulher vítima de violência.

Com a garantia e os inúmeros avanços entre o plano legal da atenção à saúde feminina em suas diferentes etapas da vida, conceberam resultados dos movimentos sociais e dos movimentos feministas em forma de conquistas, pois a implantação do PAISM era garantia da afirmação do direito da mulher. (BRASIL, 2008)

3.1.1 A política nacional de atenção à saúde da mulher na garantia da assistência ao parto.

Na dimensão ao tocante ao componente da assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal (baixo risco e alto), parto e puerpério.

Era visto que no momento da maternidade, com o pouco valor que a sociedade os dava, as mulheres terminava passando por momentos de angústia e aflição. Tudo isto devido a falta de garantia as mulheres na hora do parto. O que se via era um SUS com muitos problemas com a assistência a mulher no momento do parto, sem serviços acessíveis e ainda existia o problema da qualidade no atendimento (MANDU1999).

Com a criação da política nacional de atenção a saúde da mulher a garantia a assistência ao parto estava assegurado nos planos políticos da mesma. Pois para que se tivesse melhorias ao atendimento a mulher no momento do parto fora dado a rede municipal cotas de partos de acordo com a população de mulheres que ali residiam. O município deve planejar, e garantir serviços para atender ao parto. Era necessário ainda que os serviços disponibilizados fossem precisos e de qualidade e que as maternidades não acarretasse riscos para as parturientes (BRASIL, 2008).

3.2 HUMANIZAÇÃO NO PARTO

A expressão “Humanização do Parto” decorre desde o final da década de 90, referencialmente vista pelo MS como uma série de políticas publica que por sua vez possui vários apoios como OMS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), e ainda a cooperação de atores sociais, tais quais ONG’s e até entidades sociais (HOTIMSHY; SCHRAIBER, 2005).

Um conjunto de portarias foram criadas e fundidas em 01 de junho de 2000, MS/GM 569, MS/GM 570, MS/GM 571, MS/GM 572, instituía-se a partir destas o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Dentro deste, ressaltamos duas características marcantes predominantes neste programa: a asseveração aos direitos da mulher aliados com diretrizes institucionais e o olhar para a integridade da assistência obstétrica.

Diniz (2005) refere que a humanização do parto focaliza-se na qualificação da atenção, envolvendo tanto a saúde da mulher com relação aos seus direitos de uma

boa assistência, como dos profissionais que serão envolvidos em treinamentos para a qualidade da formação, com evidências científicas, e com recursos que garantam instalações físicas adequadas e tecnológicos disponíveis.

Complemento com o conceito de humanização do parto empregado por Moura et al (2007) quando em sua fala compreendemos que é um processo que acata a individualidade da mulher em processo parturitivo, a colocando como a protagonista dentro do processo de parir e de nascer, e assim pregando a valorização dos valores pessoais desta mulheres.

Vejamos o pensamento de Diniz (2005, p.632), quando se refere à humanização em termos gerais:

A medida que o termo de humanização se expandia e é utilizado pelos diversos autores sócias, cada um deles fazem sua interpretação e recriação do termo, aplicados para outras formas de assistência. Entre elas, proposta de humanização de hospitais, da assistência ao recém-nascido, ao prematuro (associado ao modelo de “mãe-canguru”), ao abortamento, e inclusive á morte. A humanização aparece como necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo de compreensão da condição humana e de direitos humanos.

Em sua compreensão apurada sobre humanização no parto Basile, Pinheiro e Miyashita (2010) lembra que a humanização não esta somente voltada na melhoria da estrutura e ou na mudança de rotinas, mas sim no olhar voltado no modo de ver e a forma de se assistir. Podendo incluir dentro desta a importância de se estabelecer as relações interpessoais voltadas a mulher, o recém nascido (RN), o acompanhante e ainda os companheiros da equipe e com a instituição.

Temos uma rica literatura, quando se refere á mulher que vivencia o ciclo gravídico-puerperal, e dentro desta literatura é visível e objetivo o termo da assistência humanizada (MACHADO; PRAÇA, 2006)

Rezende (1998 apud DINIZ 2001, p.228) demonstra que o termo de humanização na assistência ao parto é utilizado desde muitas décadas atrás, até

mesmo Fernando Magalhães intitulado por pai da obstetrícia brasileira, já o utilizava desde o século XX.

No Brasil, o movimento pela humanização percorreu por todos os estados, impulsionado por varias experiências nos seus vários estados (RABELO, 2006)

Segundo Figueiredo (2003) surgia em 1993 um grupo de quarenta pessoas da cidade Campinas/SP, que em sua varias reuniões criaram uma rede de humanização, esta intitulada como Rede Nacional para Humanização do Nascimento (REHUNA). Foram nascidas conforme varias idéias cultivada por diversas pessoas, grupos e até instituições que eram intimamente ligadas ao processo do parto/nascimento no país. Juntos tentavam atributos para humanização dos cuidados destinados ao parto, a inspiração do grupo fora contribuída pela Carta de Campinas, carta esta que dava a São Paulo o titulo de campeã brasileira em partos cesarianos, comentava os descasos das autoridades de saúde, e ainda havia propostas de mudanças fundamentadas no documento criado pelo OMS, em 1995” Tecnologias Apropriadas para o Nascimento 1985.

Para Bonilha e Espirito Santo (2000 apud RABELO 2006, p.31) a criação da REHUNA fora um verdadeiro marco para o movimento da humanização. A REHUNA não passa de uma organização não governamental que fora criada por profissionais inspirados na buscar de evidenciar os riscos nas práticas de saúde que não favoreçam a saúde materna e fetal, condições de violência e maus tratos procurando reestruturar de forma humanizada do processo de parir e de nascer.

Para tanto no ano de 1996, a OMS veio a elaborar recomendações a ser prestadas na assistência obstétrica, as quais foram trazidas ao Brasil através do MS no ano 2000, tais recomendações buscavam possíveis intervenções de segurança para a mulher na qualidade de mãe e para a criança. Acrescenta as autoras que como incentivo fora criado pelo MS o premio Galba de Araújo dedicado a toda instituição que praticasse as recomendações da OMS, tudo para o incentivo as instituições a iniciar um processo humanizado ao parto dentro das suas instalações (GALASTRO; FONSECA, 2005).

Complementa Barros (2007) que o Premio Nacional Professor Galba de Araújo, fora criado através da portaria nº 2.883 de/GM de 04 de Junho de 1998 que tem como objetivo reconhecer e premiar as maternidades que fazem parte do SUS que se destacam em desempenho a atividades dentro da humanização.

Em relação às medidas promovidas para a humanização do parto pelo MS na atuação do enfermeiro na atenção ao parto, Hotimshy e Schraiber (2005), estão às criações dos manuais de assistência ao parto, os pagamentos pelo SUS por parto assistido pelo enfermeiro obstetra, o incentivo e criação dos Centros de Parto Normal (CPN) e as unidades que excepcionalmente privilegiam atuação do profissional os partos sem distorcias.

Dentro das iniciativas do MS, por sua vez identificadas por medidas de humanização, esta o incentivo a realização ao parto normal e assim a redução brusca das cesarianas. Está visa não somente a redução de risco para a mãe e bebê, como também levar o conforto e o bem estar (MOURA et al. 2007)

Pensando neste contexto, Oliveira et al. (2007)¹ colocam que, cabe aos profissionais de saúde, á comunidade e aos gestores lutar pela implantação das políticas publicas voltadas as mulheres, principalmente no tocante humanização da assistência, principalmente ao adentrarem nos espaços das instituições hospitalares.

Referem ainda que a humanização perpasse pela aquisição de profissionais qualificados, comprometidos e agindo com ética e dignidade, dando o verdadeiro valor ao ser humano.

É salutar ressaltar que dentro das principais discussões voltadas a saúde da mulher, os profissionais de enfermagem estão presentes em conjunto com movimentos sociais feministas, defendendo e lutando por programas de humanização no nascimento (MOURA et al. 2007).

Na concepção dos autores Basile, Pinheiro e Miyashita (2010) o envolvimento com a humanização, possibilita estarmos sempre atentos ao outro individuo e ás suas

¹ Documento eletrônico não paginado. Disponível em: <http://www.fmb.edu.br/ler_artigo.php?artigo=293>. Acesso em: 02 out. 2010.

necessidades, vez que, a relação humana é atribuída como base para os profissionais de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a humanização do parto como pressuposto básico refere que é parte de um processo saudável e pessoal, tendo como figura central a mulher (BRASIL, 2005).

Segundo Kitzinger (1978 apud BRASIL, 2008, p.29) os serviços voltados à obstetrícia são cercados de rotinas que colocam a mulher em situações de forma isolada e humilhante. E só após estas rotinas que fazem a mulher passa a assumir a maternidade. A parturiente é submetida à separação dos indivíduos de sua maior proximidade que fazem parte do seu contexto social, é exposta, pois necessita passar por exames que adentram seu foro íntimo por homens desconhecidos, é reprimida a métodos dolorosos que não pode se negar, pois são realizados para “a saúde de seu bebê”.

Corroborando Barros (2007) quando evidencia que muitas são práticas abusivas e sem comprovação, sendo cometidas no momento do parto nas maternidades públicas do Brasil, o processo de humanização vem a contribuir para que se estendam as discussões a respeito das práticas sem evidências que permeiam em tais instituições colocando o profissional de saúde dentro do debate. Tais violências institucionais vêm colocando a mulher em situações de risco, levando a danos físicos e emocionais irreversíveis.

Em relação à humanização na assistência ao parto têm-se:

Por humanização ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor - requer, além de boa vontade, também investimentos. (BRASIL, 2005, p.38)

Segundo a OMS, o parto deve ser realizado no local ao qual a mulher/gestante possa desenvolver seu trabalho parturitivo de forma segura e ainda onde possua cuidados ao seu dispor. Em caso de gestante de baixo risco, o local acima mencionado

pode ser tanto em seu domicílio como em âmbito hospitalar. Entretanto o cuidado deve estar sempre voltado a mulher em preservar sua segurança seja qual for o lugar, sendo que haja o respeito aos seus valores culturais (BRASIL, 2005).

É as atitudes do profissional da saúde desempenhadas com atenção que a garantem a segurança da mulher. Todas as atitudes determinaram as impressões do momento, que ficaram todas gravadas na mente da mulher. Assim, respeitando-a e sendo preenchidas suas necessidades, a mulher será capaz de parir seu filho e desempenhar suas atividades maternas (BASILE; PINHEIRO; MIYASHITA; 2010).

No tocante ao profissional de enfermagem em favor ao parto humanizado Diniz (2001) explica que o enfermeiro entrará neste contexto respeitando toda a fisiologia da mulher, sem que sejam empregadas as esta intervenções desnecessárias no trabalho de parto. É necessário ainda que se reconheçam todos os aspectos ligados ao parto e nascimento, sejam culturais e ou sociais e que forneça o suporte emocional eficaz tanto á mulher como a sua família, assim garante-se os direitos de cidadã da mulher.

Entende-se que uso de práticas como deambulação da parturiente, presença do acompanhante, restrição para uso rotineiro de ocitocina e episiotomia e o estímulo ao parto vertical são praticas empregadas para o bom desenvolvimento do processo parturitivo humanizado. É de suma importância que a equipe tenha capacidade e sensibilidade estimulada para atuar respeitando os desejos das parturientes (DINIZ, 2001)

Para a concretização do parto humanizado Diniz (2001) corrobora afirmando que para tanto, é indispensável que haja profissionais capacitados e comprometidos para atuarem juntos as parturientes, é preciso ainda que este comprometimento seja visto tanto de forma profissional como também pessoal.

3.3 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO

Muitos são os modelos de organização da assistência ao parto, porém os modelos de atenção podem ser classificados em três tipos: o modelo médico ou tecnológico, o modelo natural e o modelo humanizado, os quais são determinados pelo papel da mulher e pelas intervenções médicas ao assisti-las (BRASIL, 2008)

3.3.1 Modelo Tecnológico

Nesse modelo, o parto é conduzido pelo profissional médico, seja o parto de baixo ou alto risco, realizado em ambiente hospitalar com a utilização de intervenções e tecnologias novas e intensiva, com expressiva taxas de partos cesarianos (BRASIL, 2008)

Este modelo é caracterizado por Moura et al. (2007) como um modelo intervencionista, com a visão cartesiana, sujeito a riscos, mais executado pelos profissionais da classe médica.

Pode ser identificado nos Estados Unidos e em muitos países que segue sua influência, tal qual o Brasil e o México, assim como toda América latina (RABELO, 2006)

Fustinoni (2000) apud Rocha, Silva e Pinto (2002 p.31) afirmam que para desenvolver as tecnologias durante o momento de assistência ao parto, o contato e o envolvimento com os familiares foram sendo desprendidos durante o contato físico. Os avanços no embasamento técnico foi perdido durante a afetividade humana.

Como destaca Osava (1997 apud RABELO, 2006 p. 26) neste modelo de atenção ao parto, a parte fisiológica da mulher é percebida, compreendida como uma espécie de aparelho, ao qual pode ser manuseado a qualquer tempo pelo médico especialista.

Tal modelo tecnológico, presente em meio aos cuidados na área obstétrica, se mostra como um dos obstáculos para a humanização da assistência ao parto (DINIZ, 2001 apud RABELO, 2006, p.27).

3.3.2 Modelo Natural

É compreendido como um verdadeiro evento fisiológico que segue o curso natural do organismo humano feminino. As intervenções empregadas dentro deste são consideradas mínimas, entretanto em caso de complicação deveriam ser aplicadas em qual seja a situação, podendo ser realizado ou acompanhado tanto no ambiente domiciliar como no hospitalar, sendo conduzido por profissionais não médicos (BRASIL, 2008)

O modelo mencionado é predominante na grande maioria nos países da Europa, tais como: França, Inglaterra, Dinamarca e Holanda (RABELO, 2006)

Corroborando para a compreensão do modelo natural Caparroz (2003 apud rabelo, 2006, p.26) o identifica como um modelo assistencial que abrange o parto como um processo fisiológico e não-patológico, podendo ser atribuídas algumas intervenções, as quais são realizadas de acordo com a necessidade que venha necessitar durante o evento, e não como de influência rotineira da assistência.

Complementam os autores, a composição do profissional não-médico na equipe vem a contribuir com a redução significativa na realização de cesarianas e até mesmo para outros tipos de intervenções.

3.3.3 Modelo Humanizado

Este modelo ocupa a posição intermediária aos outros modelos. O parto ocorre em sua maioria em âmbito hospitalar com participação ativa da mulher e de seus familiares. Nos partos de baixo risco há participação de profissionais não médicos, com

restrições das intervenções médicas e conseqüentemente de partos cesarianos (BRASIL, 2008).

De acordo com Dutra (2007) o modelo de Parto Humanizado, pode ser traduzido predominantemente em três maneiras, como forma de sinônimo da abertura do diálogo com a mulher, de parto normal e parto natural e ainda como um conjunto de atuações que necessitam estarem aderidas nos outros tipos de parto.

Tal modelo de assistência obstétrica apresenta-se como uma forte tendência, considerado como um tema relevante, consistindo em uma abordagem freqüente em publicações e eventos científicos (FUSTINONE, 2000 apud PINTO; ROCHA; SILVA; 2007, p.31).

Este modelo é caracterizado por Moura et al. (2007) como um modelo de caráter holístico que está mais relacionado ao profissional da área de enfermagem, devido estes atuarem de forma humana em suas atitudes e ações. Tal modelo por sua vez é pouco difundido em nosso cotidiano, pois ainda é possível visualizar dentro das maternidades as parturientes longe de seus familiares, em ambientes desfavoráveis, com profissionais sem condição emocional para levar um atendimento digno exercitando de forma contínua práticas de cunho intervencionista.

3.4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO OBSTÉTRA NA ATUAÇÃO AO PARTO

Para Perrenoud, Faustino e Egry (2001 apud RABELO 2006, p.50) “os conhecimentos são representações da realidade, construídas e armazenadas de acordo com as experiências e a formação do indivíduo, e não se confundem com a competência, que é a capacidade para utilizá-los”

Quando nos referimos a competência do profissional em saúde Deluiz (2001 apud RABELO 2006, p.52) evidência que na área da saúde a noção de competência humana é fundamental, considerando que a visão de qualidade em saúde surge não só amparada pelo aspectos técnico -instrumental mas na humanização do cuidado.

O Ministério da Saúde (MS) desde 1998 vem qualificando enfermeiros obstétricos, disponibilizando cursos de especialização, elaborando portarias ministeriais para a inclusão desse profissional na realização do parto normal, incluindo na tabela de pagamento do SUS. De acordo com a legislação o profissional de enfermagem é o único não médico que pode realizar o parto normal sem distórcia (MOURA, 2007).

Reafirmam Dias e Domingues (2005) que desde 1998, o MS reconheceu oficialmente ao enfermeiro obstetra a competência a prestar assistência ao parto nos hospitais conveniados com o SUS remunerando estes profissionais.

O impasse na questão de competências na assistência ao parto entre o profissional e o profissional de enfermagem gera dificuldade para a implantação da política de humanização ao parto (BRASIL, 2008)

As mudanças ocorridas nas práticas voltadas ao parto e nascimento foram surgindo novas necessidades relacionadas a humanização das práticas e dos serviços. A implantação dos partos de baixo risco realizados por profissionais de enfermagem especializados em obstetrícia está incluso entre as competências do enfermeiro, antes somente de competência do profissional médico (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A formação profissional do enfermeiro obstetra, esta voltado para o cuidar, possibilitando a este uma abordagem de forma diferenciada para conduzir o trabalho de parto (WAGNER, 1994 apud DIAS; DOMINGUES, 2005, p.701).

Segundo Oliveira et al (2007) a OMS destaca que os enfermeiros obstetras são profissionais de maior propriedade para acompanhar as gestações e os partos normais, devido as intervenções de menor complexidade relacionados aos cuidados durante este evento.

Com isto, iniciativas ministeriais em destaque colocam o profissional de enfermagem com competência para assistência humanizada ao parto e nascimento citando: programas de parto nas maternidades público incluído dentro da tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS o procedimento parto normal sem distórcia e a portaria que instiga a criação de casas ou centros de parto normal com a atuação do enfermeiro obstétrico (MOURA, 2007).

Em favor ao exercício da enfermagem, relacionado às atribuições do Enfermeiro Obstetra permanece previsto no Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, que vem a regulamentar a lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 2005).

Para tanto é previsto em seu artigo 2º e 3º, que cabe ao enfermeiro obstetra, especialista em enfermagem obstétrica, várias atribuições dentro da assistência à saúde da mulher, tanto à gestante, parturiente e puérpera, competindo a este o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução e assistência obstétrica em situação de emergência, compete ainda ao mesmo desde a identificação das distúrcias obstétricas até a tomada de providências necessárias até o comparecimento do profissional médico, podendo intervir, dentro de suas competências tudo na garantia na segurança da mulher e recém-nascido (BARROS, 2007)

No entanto a competência do profissional de enfermagem na área obstétrica não pode ser vista somente em seu desenrolar técnico, ou seja, procedimentos especializados, pois é competência deste ainda, a ação interativa que o envolve junto a parturiente e seus familiares dentro do processo parturitivo (RABELO, 2006)

Desde o ano 1994, quando o então currículo de enfermagem sofreu suas modificações, até os dias atuais, o curso de enfermagem é único na formação de não-médicos na área da obstetrícia, consistindo é claro com a especialização em enfermagem, nível de pós-graduação do tipo lato sensu (BARROS, 2007).

3.4.1 Atribuições do enfermeiro obstetra

No sentido, da excelência do seu cuidado com o paciente, o profissional de enfermagem tem sido reconhecido pelo MS e até mesmo outros órgãos não governamentais, devido a sua formação de feição holística voltado ao cuidado, que faz com que haja uma atuação humanizada no cuidado à parturiente dentro das maternidades (DINIZ, 2005)

Para Rabelo (2006) a institucionalização e a medicalização muitas vezes impedem que a enfermeira obstétrica esteja a frente na realização do parto, porém a

enfermagem se destaca em outras atribuições, enfatizando o seu trabalho técnico, mas sem deixar as atitudes humanizadoras do parto.

Dentro das atribuições do enfermeiro obstetra evidenciadas por Basile, Pinheiro e Miyashita (2010) destacamos:

- Desenvolver um trabalho harmonioso em conjunto com os demais membros da equipe multiprofissional;
- Conduzir a equipe de enfermagem;
- Proceder na passagem de plantão junto à mulher e com prontuário;
- Apresentar-se tanto a paciente como ao seu acompanhante;
- Oferecer as boas vindas aos pacientes admitidos dentro do setor;
- No partograma humanizado deverá abrir e finalizar;
- Solicitar a presença do profissional médico em casos de distorcias, quadro clínico alterado e em alterações fetais;
- Examinar atentamente a cada hora os batimentos cardio-fetais e as contrações uterinas maternas;
- Oferecer prescrições de medidas de conforto a parturiente;
- Reavaliar as medidas de conforto e as condições da parturiente a cada hora;
- Orientar tanto a mulher como seu acompanhante sobre o trabalho de parto;
- Prescrever condutas de enfermagem em todo trabalho parturitivo normal;
- Ajudar e esclarecer a parturiente na sua escolha para a melhor posição no momento do parto;
- Assistir o parto normal sem distorcias;
- Solicitar o comparecimento do profissional neonatologista com a devida antecedência ao parto;
- Promover a interação do acompanhante, e da mãe no contato com o recém-nascido;
- Promover o aleitamento materno conforme prega a iniciativa do Hospital Amigo da Criança;

- Prestar assistência no quarto período do parto avaliando sua condição clínica e então a liberar para o alojamento conjunto;
- Utilizar-se da Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) durante todos os períodos do parto em impresso adequado.

Incrementando este diapasão, Brasil (2005) complementa que cabe ao profissional envolvido na prestação dos cuidados a mulher em trabalho de parto de baixo risco, propiciar suporte tanto a parturiente como aos familiares durante todo o trajeto do parto, identificar as condições da mulher e do feto, de forma precoce e suas possíveis situações de risco, desempenhar intervenções pequenas, caso se faça necessário, como amniotomia, episiotomia e cuidados de forma imediata ao recém-nascido e direcionar a mulher aos centros de referências em caso de maior complexidade.

É condizente ainda, com o trabalho do Enfermeiro Obstétrico o papel a orientação e educação da parturiente quanto a evolução do parto e os comportamentos as quais a mesma poderão adotar referentes a melhor o posição, técnicas de respiração e de relaxamento atribuídas às contrações uterinas. Estas atitudes são humanizadoras e potencializam a mulher a uma melhor postura frente ao trabalho de parto. (ESPIRITO SANTO; BERNI, 2001 apud RABELO, 2006, p. 46)

3.5 ACOLHIMENTO A PARTURIENTE NO PRÉ-PARTO

Evidenciando os passos antes mencionados a mulher no pré-parto, os aspectos de atuação de enfermagem Espirito Santo e Berni (2001 apud Rabelo 2006, p.46) descrevem que fazem parte dentro da atenção da enfermagem o acolhimento, sendo este não só da parturiente, mas, de seus familiares e seu companheiro, fazendo disto a concretização de uma relação segura de confiança.

O acolhimento a parturiente no pré-parto pode ser procedido de forma humanizada, conforme demonstra Basile, Pinheiro e Miyashita (2010)

- Dando boas vindas à parturiente no momento da admissão, como isso se quebrado o estresse de adentrar um ambiente desconhecido;
- Inicialmente devendo se apresentar-se e conhecer a parturiente possibilitando se direcionar a mesma sempre pelo nome;
- À unidade devera ser apresentada a parturiente;
- Acompanha - lá até o leito;
- Cuidar da sua privacidade;
- A utilização de palavras de julgamento não deveram ser utilizadas;
- Apresenta - lá as outras parturientes do quarto;
- Estimula a parturiente a assumir o seu papel de protagonista quando for o momento do parto.

De acordo com Figueiredo (2003) dentro do acolhimento a admissão da parturiente é necessária com uma anamnese profunda, colhendo informações fundamentais ao momento: idade, paridade, intervalo entre os partos, idade gestacional advindas pela DUM e pela USG, antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, tipagem sanguínea e fator Rh, historias de doenças do tipo diabetes, hipertensão e cardiopatias, alergias, tempo de freqüência e inicio das contrações, rotura das membranas, presença de sangramento e horário da ultima refeição.

Em formas mais especificas Rezende (2008) demonstra os cuidados específicos voltados a parturiente no momento que ingressam na maternidade, estão entre estes o toque vaginal, altura da apresentação, vitalidade do concepto, ou seja, auscultar os batimentos cardíacos do feto e a promover a deambulação.

A comunicação pode ser introduzida a partir do primeiro contato com a parturiente dentro da assistência a parturiente como poderoso instrumento, levando uma assistência adequada. Tal comunicação, podem ser compreendidas como a de forma verbal e não verbal (DIAS; ARAGAKI; SILVA; 1999 apud PINTO; ROCHA; SILVA; 2007, p.31).

Dentro da comunicação a verbal e não verbal Silva (1996 apud PINTO; ROCHA; SILVA; 2007, p.31) explica que pode ser entendido como o usar das palavras, sejam estas escritas ou faladas. Já a comunicação não verbal é aquele sem uso de palavras, mas percebida pelo outro ser da comunicação, exemplificada por meio de gestos, expressões faciais, postura física, orientações do corpo e até mesmo pela distancia de um ser pro outro.

O mesmo destaca o toque como uma das comunicações não-verbal de maior poder, considerando o toque como facilitador da criação de vínculos e que esta pode ser empregada em qualquer momento do caminho ao parto.

Para Silveira e Leitão (2003 apud RABELO, 2006, p.46) atitudes como estas fornecem a atenção humanizada ao momento do parto. E ainda, que a enfermagem juntando seu trabalho solidário a seu processo de trabalho será visto como o profissional de valor, e por tanto deve ser reconhecido, pois os mesmo fazem a diferença.

São caminhos para o parto seguro tranquilo e saudável, que se permei uma escuta aberta do profissional para com a mulher, sem julgamento de valor, sem preconceitos, permitindo que a mulher se expresse falando de sua intimidade (BRASIL, 2005).

Para que se entenda esta compreensão Brasil (2005), explica que o ato de se pôr a escutar é um autoconhecimento e uma reflexão continua. Pois é na escuta onde nos dispomos a conhecer algo distante de nossa experiência de vida exigindo de nos um esforço, esforço este que permite compreender e assim oferecermos ajuda.

3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

Em conformidade com Figueiredo (2003), o trabalho de parto é caracterizado por todo um processo pelo qual o feto será expulso do útero, ocorrendo

categoricamente pelas contrações regulares e rítmicas da musculatura do útero materno, na reta final da gravidez, ou seja, entre a 37ª e 42ª semana de gestação.

No tocante a assistência humanizada nos delimitantes períodos clínicos ao processo de parto, Barros (2007), contempla que o momento do parto para a mulher é vivenciada como uma experiência de fato marcante em sua biografia, e que as seqüências deste processo remete a mesma a uma busca constante, como um grande sonho e seu desejo maior e que seu filho venha ao mundo em plena perfeição e saúde em um hospital.

Segundo o mesmo autor citado anteriormente, nestes períodos, a parturiente busca alguém que ela possa expressar suas angustias, medos, necessidades, e o profissional de saúde que ali desenvolve suas atividades laborativas, enquanto ser afetuoso, compassivo deverá buscar soluções para que venha ajudar ou contribuir de alguma forma para levar a mesma um atendimento de qualidade, suprimindo essas necessidades existenciais de cada período do parto.

Cuidar em enfermagem é segundo Horta (1979), fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Neste sentido Maldonado (2001 apud BARROS 2007, p.183) revela que se deve expressar dentro da assistência, levada pelo profissional de enfermagem “a sensibilidade, a criatividade, a observação cuidadosa”, e ainda fundamentalmente citada pelo mesmo, “o respeito às características reais das necessidades das mulheres, só assim prestará uma assistência ao momento do parto de forma eficaz.

Uma relação produtiva entre a parturiente com a equipe de saúde é compreendida entre muitos autores, como uma satisfação no momento do parto, segundo Brasil (2005) as mulheres apreciam o conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, e os profissionais de saúde que sejam aptos a reconhecer suas reais necessidades.

É importante considerar, dentro da assistência a mulher, seus desejos e valores devem ser ponderados, tendo uma postura compassiva e ética, a respeitando

extinguindo assim as violências verbais e não verbais dirigidas as mulheres no momento do trabalho de parto (BRASIL, 2008).

Ziegel (1985 apud FIGUEIREDO, 2003, p.189) ressalta que cabe ao enfermeiro que articula-se na assistência a mulher nos períodos clínicos do parto desenvolver uma habilidade tanto no cuidado fisiológico como no técnico, e incluir dentro deste uma boa dose de humanismo.

De acordo com a luz das bibliografias estudadas, o trabalho de parto pode ser compreendido em quatro períodos clínicos: dilatação, expulsão, dequitação e o período de greenberg.

3.6.1 Período de dilatação cervical

Inicia-se o período de dilatação, com esta as contrações uterinas de forma dolorosa, a modificação, de forma ativa, da cérvix. (REZENDE, 2008)

Segundo Figueiredo (2003) o período de dilatação corresponde aquele de longo percurso, pois se inicia a partir das contrações iniciais regulares. O período de dilatação pode ser dividido na forma ativa e a fase latente.

A atenção a mulher neste período proporciona inúmeros benefícios, entre estes estão à redução de analgesia e a ocorrência para um diagnóstico de parto cesárea, e até a redução da duração do trabalho de parto e parto. (BARROS, 2007)

Para que a equipe de enfermagem venha atuar junto a parturiente medidas de conforto neste período são recomendadas como um toque, massagens, banho, uso de água para alívio das dores, ingestão de líquidos. O MS recomenda que todas as mulheres venham a receber um suporte positivo frente ao trabalho de parto e parto. Suporte que incluem a parte emocional como a presença constante e presente, encorajamento a mulher mostrando que ela é sim capaz, elogios aos seus progressos, informando a mulher sobre a evolução do seu progresso no trabalho de parto. (BRASIL, 2005)

Para que se leve ao conforto físico é necessário que se empregue técnicas de massagens, técnicas de relaxamento, música, mudança da postura, utilização de métodos para controlar a respiração, praticas alternativas das mais variáveis, tudo para que se haja um favorecimento a evolução positiva do trabalho de parto, com todos estas técnicas empregadas e fornecido segurança e conforto a parturiente (MOURA, 2007).

Os parâmetros a ser avaliados na parturiente durante o período mencionado é identificado por Barros (2007) são a avaliação do estado emocional, avaliação dos parâmetros físicos de forma geral tais como temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, ingestão freqüente de líquido e o controle do debito urinário.

O incentivo a movimentação da mulher, ou seja, a deambulação está inclusas dentro das recomendações específicas da OMS dentro do trabalho de parto, pois a mesma leva ao conforto materno e ainda pode acelerar o trabalho de parto. (BRASIL, 2006)

Figueiredo (2003) menciona que a parturiente não é obrigada que a parturiente permaneça deitada, e que a enfermagem pode desempenhar medidas de conforto como o incentivo a deambulação que favorece a circulação, e caso a parturiente se mantenha deitada orientar a busca um posição confortável dando preferência ao decúbito lateral esquerdo, e além disso a posição pode ser aquela de acordo com a preferência da mulher, aquela que lhe fornecerá segurança, conforto e que se sinta bem com coragem de ajudar nas contrações.

Em consonância, com o período de dilatação Barros (2007) no momento do trabalho de parto não podemos desempenhar rotinas meramente hospitalares, dentro destas as quais as parturientes são submetidas a participarem de forma silenciosa do momento parturitivo e com isto tornando - ó os momentos de trabalho de parto desarmônicos.

Para Basile, Pinheiro e Miyashita (2010) cabe ao profissional de saúde envolvido com a mulher permanecer ao seu lado, desenvolvendo técnicas de encorajamento dirigindo palavras de animo, assim a mulher progredirá obtendo

melhores resultados. O mesmo relata que com estas até o período expulsivo com menor intervenção.

3.6.2 Período de expulsão fetal

O período da expulsão é uma fase curta que pode caracterizar-se por aquele ao qual há a dilatação completa da cérvix e da expulsão do feto, estando a mulher, mas envolvida e ativa pois é chegada o momento do nascimento. (FIGUEIREDO, 2003)

Este período expulsivo é visto por Rezende (2008) em período inicial é dado a dilatação por completa e se conclui na descida do feto. Evidencia-se este período quando as contrações uterinas se firmam mais intensas e freqüentes, de 5 contrações a cada 10 minutos.

A posição para o parto é livre de acordo com a preferência da mulher/parturiente. (BARROS, 2007)

Nas inúmeras literaturas estudadas as posições mencionadas para que aja um parto humanizado, focado na mulher e em suas necessidades são divididas em posição dorsal, sentada, lateral, de quatro, cócoras, em pé, de joelho e a genupeitoral.

Basile, Pinheiro e Miyashita (2010) comenta que a posição tradicional em mesa obstétrica com pernas é considerada prejudicial, não favorece a mulher e o período de expulsão do feto, e para tanto a mesma deveria ser eliminada de dentro das rotinas de assistência ao trabalho de parto.

Barros (2007) demonstra que este período pode ser duradouro e sofrido para a mulher, podendo durar minutos ou até horas, variando de nulíparas para múltipara, o tempo prolongado é danoso a vitalidade do feto, por isto a necessidade que todo processo ocorra dentro do seu tempo.

Para tanto no desenvolver do parto, ou seja, dentro do período de expulsão, a enfermagem nos momentos de contrações deve estar presente orientando para a utilização de técnicas de respiração, inspirar, prendendo a respiração com a boca fechada, umedecer a face e secar seu suor e encorajando-a para ter esforços e elogiar

seus progressos, mencionar palavras de confiança como “ você consegue, é capaz” só assim a mulher se posicionará de forma positiva frente ao período expulsivo evoluindo progressivamente. (FIGUEIREDO, 2003)

Massagens suaves na região inguinal quando as contrações uterinas forem espaçadas são recomendadas, compressas quentes na região do períneo podem ser utilizadas para o alívio da dor e ainda o relaxamento da musculatura do períneo no período expulsivo. (BASILE; PINHEIRO; MIYASHITA, 2010).

3.6.3 Período de dequitação ou secundamento

O período de dequitação é visto por Figueiredo (2003), como aquele que se inicia na primeira hora do nascimento e termina na expulsão da placenta. A expulsão da placenta decorre de retrações do músculo uterino posteriormente ao parto.

Tal período leva a mulher experimenta alegria e bem-estar pois é chegado momento de descanso, com o fim das contrações uterinas. Considera-se que o desprendimento da placenta é um processo fisiológico advindas através de contrações uterina e redução do volume do útero. O período de dequitação pode ser compreendido por três únicas etapas, o desprendimento, descida e expulsão. (BARROS, 2007)

Figueiredo (2003) evidencia alguns cuidados de enfermagem a mulher dentro deste período, tais como:

- Comunicar-se com a puérpera lhe tranquilizando, mostrando que o parto já terminou, informar que alguns procedimentos serão tomados como a avaliação da cavidade uterina.
- Predominar e estimular toda a equipe para que haja de imediato o contato da mãe e o recém-nascido
- Verificar os sinais vitais da mãe garantindo seu bem estar físico.
- Se por atenta observando ao sangramento vaginal e a contratilidade do útero.

3.7 A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NA CONCRETIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

A presença de um acompanhante de escolha da mulher no momento do parto em uma recomendação tanto da OMS como do MS, garantido em lei federal, conforme o número 11.108 aprovada e que esta em vigor desde 7 de Abril de 2005. A mesma da o direito a todas as mulheres atendidas nos serviços do SUS sejam estes próprios ou contratados. (BRASIL, 2005)

De acordo com que menciona Moura et al (2007) faz bem para a mulher em trabalho parturitivo a presença de um acompanhante. Sua presença afetiva desenvolverá na mulher um bem estar físico e emocional, pois o mesmo o leva segurança, o que posteriormente lhe dará segurança para enfrentar o parto e ainda pode diminuir as complicações neste momento, como a utilização de analgésicos, ocitócitos e o tempo de hospitalização.

O Apoio emocional dado pelo acompanhante de escolha da parturiente é de fato eficaz tanto no alívio a dor como nas tensões sentidas no momento do trabalho de parto. (FIGUEIREDO, 2003)

Neste sentido os profissionais de saúde compreendam a importância do acompanhante na sala de parto garantindo uma assistência de qualidade e a implementação dos princípios da humanização como fator que contribuam para o parto saudável.

Mesmo com o sancionamento da lei 11.108, Moura et al (2007) evidência que a lei não é segurança de aplicabilidade na garantia da mulher a um acompanhante de sua escolha na hora do parto. Enfatiza ainda que é preciso uma reorganização dentro dos serviços de saúde e que os profissionais de saúde possam garantir este direito, dando vida a lei em vigor.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa realizada de forma descritiva, exploratória, com uma abordagem qualitativa.

Figueiredo (2004) afirma que as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

Para Nietzsche e Leopardi (2001 apud RABELO, 2001) as pesquisas exploratórias focalizam-se em um tipo de estudo ao qual se busca a compreensão do problema do sujeito no ambiente onde o evento ocorre atentando-se ao seu contexto social de acordo com a vivência do sujeito. Consideram a pesquisa exploratória como de imediato, em seu primeiro contato em relação ao tema é prontamente empregada, com isto este tipo de pesquisa possibilita maior familiaridade com o meio da pesquisa e sua população pesquisada.

A pesquisa qualitativa segundo Wood e Haber (2001, p.123) é aquela “fundamentada por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez ou combinados”.

De acordo com os autores Mater (1997 apud FRANCO; FRANCO, 2006), este tipo de pesquisa visa promover ao pesquisador maior conhecimento a cerca do tema ou problema de pesquisa em perspectivas.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa fora realizada no Centro Obstétrico da Maternidade Almeida Castro, integrante do complexo Hospitalar da Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR), situada na cidade de Mossoró/RN. Esta maternidade é uma instituição de caráter filantrópica mantida pela Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM).

A escolha por esta instituição se deu em virtude de ser a única maternidade localizada na cidade de Mossoró, atendendo não só a população desta cidade, mas de toda região do oeste potiguar, chegando a realizar cerca de 600 partos ao mês.

Por ser campo de práticas e estágios supervisionados da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE, contribuindo para a aprendizagem dos discentes, torna-se um facilitador para a inserção do pesquisador durante a coleta de dados.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi composta por 15 parturientes.

Todos os sujeitos que participaram da pesquisa e assinaram o termo, ficaram com uma cópia, como também o responsável pela pesquisa, que ficará arquivada durante cinco anos.

A população fora composta por mulheres que passaram pelo trabalho de parto, evoluindo para o parto normal, admitidas no pré-parto do centro obstétrico da instituição hospitalar em estudo.

Elencamos como critérios de inclusão as mulheres em trabalho de parto com evolução para parto normal, com idade superior a 18 anos e que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A).

Como critérios de exclusão definimos a não aceitação em participar da pesquisa recusando assinar o TCLE.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados fora um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas que aborde aspectos relacionados à situação sociodemográficas dos sujeitos e dados relacionados a assistência de enfermagem na humanização do parto.

Durante a entrevista não houve nenhum tipo de empecilho, até por que para sua realização, foi articulado um pré-agendamento, no momento adequado a pesquisa realizou-se no período de pós-parto, onde todas as idéias e pensamentos das parturientes estavam guardadas de forma recente dos momentos vividos desde seu acolhimento no pré-parto até o momento do nascimento , e assim, foram colhidas conforme seu contexto.

. As entrevistas foram realizadas individualmente, no leito das parturientes em período de pós-parto ainda no setor obstétrico, conforme combinado com a enfermeira de plantão, com duração aproximada de 30 a 40 minutos. As questões foram abertas, gravadas e posteriormente transcritas fidedignamente das falas das entrevistadas, com todas as pausas, pontos e suas emoções. Contudo, para sua realização, as entrevistadas foram conduzidas e concordaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante as abordagens realizou-se uma apresentação da pesquisa como um todo, para então iniciar as perguntas.

O roteiro de entrevista é um instrumento de coleta de dados, adequando a base da pesquisa à realidade prática sob a ótica bifocal profissional/social, para a obtenção de informações procedentes, onde ordenados, possibilitará uma melhor condução das entrevistas, sendo esta informal ou estruturada. O roteiro é o norte da entrevista, o mesmo facilita a visão do entrevistador e a relação pessoal estabelecida entre

entrevistador e entrevistado. Adapta mais facilmente aos entrevistados e as circunstâncias em que eles se desenvolvem durante a entrevista (GIL, 2009).

A utilização de um roteiro de entrevista não diretivas na coleta de dados é enfatizada por Severino (2007) por ser aquela empregada por meio de coleta de informações dos sujeitos compreendidos a partir do seu discurso livre. Cabe ao entrevistador, manter-se atento, registrando todas as informações e intervir prudentemente para estimular a participação do depoente acerca do que está dirigido a pesquisa. É caracterizado por sua forma de diálogo descontraído, propiciando ao informante para que possa expressar-se livremente sem constrangimentos de forma produtiva.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita através da entrevista gravada e, a mesma está após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FANEME de João Pessoa/PB.

A coleta de dados foi feita através da entrevista gravada e, para tanto, a coleta fora realizada durante o período de 15/04/11 á 08/05/11 no setor obstétrico da Maternidade Almeida Castro, integrada ao complexo hospitalar da Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR).

A inserção no campo ocorreu após encaminhamento de ofício da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN a instituição co-participante. As visitas ao Centro Obstétrico da CSDR ocorrerão após agendamento com a coordenação de enfermagem.

Os procedimentos para a realização da entrevista obedeceram às seguintes etapas: Escolher as mulheres/parturientes, de forma aleatória, com condições de contribuir com a pesquisa, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão.

Complementa Richardson (2007), este método, a entrevista torna-se a melhor situação para participar na mente de outro ser humano, onde a interação face a face adquire caráter inquestionável, de proximidade entre as pessoas, promovendo as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos

O contato com as parturientes ocorreu durante a admissão das gestantes no referido no setor, onde nesta oportunidade fora solicitar a sua participação informando os objetivos da pesquisa, solicitando a assinatura do TCLE.

A entrevista só foi realizada posteriormente em um segundo contato com a parturiente, no pós parto, ainda dentro do setor obstétrico, quando só assim a mesma tinha condições de contribuir junto à pesquisa através de seus relatos mencionados dentro da entrevista.

Os dados foram gravados com o auxílio de um aparelho de MP3, que após transcritos ficarão arquivadas em computador de uso pessoal dos pesquisadores por um período mínimo de cinco anos.

Ressaltando a importância da transcrição de uma entrevista gravada, Richardson (2007) considera que esse modo permite estudar cada entrevista e fazer uma análise preliminar dos resultados alcançados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão analisados com base na literatura pertinente ao assunto abordado, de modo que os dados objetivos serão analisados quantitativamente, apresentados por meios de tabelas.

Os dados subjetivos serão analisados através da técnica de análises do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005) que esclarece que o DSC é um discurso síntese elaborado por pedaços de discurso de sentidos semelhantes reunidos em um só discurso, extraindo-se de cada relato da ideia principal e suas expressões chave.

O DSC é assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Lefèvre e Lefèvre (2005) abordam o DSC como uma técnica que sucede a um conjunto de procedimentos que realça as expressões chaves das falas dos entrevistados demonstrando o pensamento em forma de síntese, sendo assim possibilitam para a interpretação da fundamentação dos resultados. Tal processo de análise segue as seguintes etapas:

- ✓ selecionar as expressões chave de cada discurso particular. Essas expressões revelam a essência do contato discursivo;
- ✓ identificar a idéia central de cada expressão chave. Essa idéia será separada em idéias centrais semelhantes e complementares;
- ✓ reunir as expressões chave referentes as idéias semelhantes e complementares, em um discurso síntese que é o DSC.

Para Marconi e Lakatos (2007), analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

A pesquisa em questão foi desenvolvida ressaltando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, logo que pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso o mesmo foi submetido á avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da FACENE/FAMENE.

Para Godim (2005 apud RABELO, 2006, p.61) no primeiro contato com o indivíduo, respeitam as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa com seres

humanos, a pesquisadora devera informar aos então sujeitos que fazem parte da pesquisa o objetivo do estudo, revogando para seu compromisso coma confiabilidade e a participação de livre espontânea vontade e mostrar que o indivíduo pode desistir em qualquer momento da sua participação na pesquisa. E ainda revelar a esta que os dados coletados na pesquisa poderão ser publicados através de artigos em revistas científica.

Salientamos que tal pesquisa tem sua motivação particular, do tipo motivação pelo principio da beneficência, trazendo como objetivos o aumento do bem-estar do ser humano (FORTES,1998).

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A fim de compreender o outro viés, da assistência obstétrica de forma humanizada, empregada pelos profissionais de enfermagem, buscou-se a partir da percepção do ser feminino, concluir o que estas mulheres têm por percepção sobre a assistência que lhe fora oportunizada através em torno do trabalho de parto.

Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas desempenhadas com mulheres, procedentes de parto normal. Para que assim fosse compreendido o alcance da assistência de enfermagem, encabeçamos tal coleta de dados, a fim de capturar entre linhas de pensamento, em face da real visão da parturiente para com o profissional de enfermagem.

Porém, a entrevista visou perceber não somente a percepção superficial da mulher perante o profissional de enfermagem naquele momento da assistência obstétrica, mas lançar um olhar acerca da abrangência da continuidade do cuidado resolutivo do centro obstétrico frente ao parto humanizado.

Coletados os dados e transcritos, a análise foi realizada a luz do referencial de Lefèvre do discurso do sujeito coletivo (DSC). Preferencialmente escolhemos este tipo de analise, por toda sua representação social, pela abordagem, que é uma abordagem

qualitativa que o mesmo possui que assim nos permite avaliar a subjetividade, abstraindo de forma segura e clara a percepção das mulheres de parto normal que são sujeitos do cuidado dos profissionais de enfermagem.

Após a organização, tabulação dos dados e reflexão acerca dos DSCs foram elaborados os ideários centrais que emergiram no estudo são estes: - Serviço humanizado. Ações de enfermagem com características humanizada. Práticas desenvolvidas no setor obstétrico identificadas pelas parturientes como negativas. Práticas desenvolvidas no setor obstétrico identificadas pelas parturientes como positivas. Artifícios utilizados dentro da assistência de enfermagem que ajudaram a parturiente nos períodos de dilatação, expulsão e dequitação.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

Das 15 parturientes entrevistadas, todas tinham a média de idade entre 19 a 35 anos, e 13 destas relataram seu estado civil de solteira, mas com uma união estável.

O grau de escolaridade variou entre a população, observando que de 15 destas mulheres 12 não haviam concluído o ensino médio completo.

Verificaram-se ainda, a ocupação profissional destas participantes, sendo que a grande maioria das mulheres exerce atividades do lar e atividades autônomas.

Todas as entrevistadas demonstraram interesse positivo ao tema, e disposta a contribuir em face de sua percepção real e assim evidenciou em sua participação uma creditação nas formas metodológicas desta pesquisa.

7.2 DADOS RELACIONADOS A PERCEPÇÃO DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM, ANALISADOS SEGUNDO AOS DSC – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Apresenta-se neste item, os dados que serão analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo a partir dos discursos das mulheres pesquisadas, realizando a vinculação dos ideários centrais, expostas em forma de quadros demonstrativos e nestes estarão destacadas as palavras chaves e motivada conforme a luz da bibliografia estudada e apresentada.

Quadro I - Idéias centrais, expressões chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: O que a senhora entende por humanização nos serviços de saúde? E qual a sua compreensão de um serviço humanizado e como seria ao ser ver um parto humanizado?

Idéia Central - I	Expressões-chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
Serviço humanizado.	<p>“A gente deve ser bem tratada e compreendida, pois é na hora que a gente ta sentindo muita dor. (...)”</p> <p>“ è quando há respeito pelo próximo. Na hora do parto é preciso que respeite nossa dor (...)”</p> <p>“ È preciso ter orientações que nos ajude a superar aquela dor(...)”</p>	<p>È ser bem tratada, compreendida, pois é hora de muita dor. Para tanto é preciso respeito com essa dor, muita orientação, atenção nos faz superar. È preciso ainda que a mulher se sinta protegida naquele momento, acolhida do começo ao fim. Um atendimento bom e</p>

	<p>“Um parto humano tem que ter atenção com as mulheres, às vezes não há atenção devido pouco enfermeiro pra tanto trabalho (...)</p> <p>“Tem que ser protegida, acolhida pelas pessoas do começo ao fim (...)</p> <p>“è quando se tem um atendimento bom, que a gente ver que é organizado e nos passa segurança pra ter nosso bebê tranquilo.(...)</p> <p>“Seria aquele que houve uma atenção, que respeitasse nossa intimidade, que pudéssemos se expressar do nosso jeito.</p>	<p>organizado nos passa segurança e confiança para ter nosso bebê. É preciso respeito com nossa intimidade e que se possa expressar do nosso jeito.</p>
--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2011).

Observasse uma analogia entre as respostas das entrevistadas, não se teve diferença significativa entre as respostas quanto á idéia central I, observamos que mesmo de forma simplificada em seus relatos as mulheres conseguem chegar muito próximo do que se é um parto humanizado, mesmo que desentendida do real significado de humanização quando questionadas face a pergunta acima que nos leva a idéia central I.

É interessante observar, que entre os discursos das mulheres, para as mesmas um serviço humanizado é desprovido de técnicas e aparatos tecnológicos, e sim, movido a base de muita atenção, dedicação, orientação, organização, respeito a sua intimidade e a dor sentida.

Que possa haver acolhimento dos profissionais que ali estão, independentes da classe hegemônica que os mesmos carreguem, mas que sejam acolhidas do começo ao fim para um serviço humanizado. Tudo isto vem á passar segurança e apoio para que as mesmas tenham força para colocarem o seu filho no mundo.

È visto que um serviço humanizado para estas “leigas no assunto” é a base de muito contato pessoal e que o aspecto emocional ocupa espaço primordial nestas dentro do seu ilusionismo de serviço humanizado. São evidenciadas formas saudáveis e naturais, como realmente é visto o processo do parto normal. E, para tanto não é que as mesmas demonstrem conhecimento mesmo que, retardado dentro de si, do real conceito para um serviço de caráter humano.

Vejamos o que demonstra a literatura sobre o discurso acima.

Para Santos (1999 apud MATEI et al, 2003, p.17) confirma-se que humanizar não se enquadra em técnicas ou algum tipo de artifício, que humanizar no serviço de saúde independente de que fato clínico se encontre, é visto como um processo vivencial que permeia todas as atividades, e procuraras se atingir e proporcionar o tratamento que merecem enquanto pessoas humanas que são.

Segundo Brasil (2010, p.91) “humanizar no parto é um conjunto de condutas que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeitar o processo natural e evitar condutas desnecessárias ou de risco a mãe e ao bebê”.

È visto que a relação interpessoal do profissional da saúde e pacientes é fundamental para um serviço de feitió holístico e humanizado.

Para explicitar tal fato, o próprio MS se mostra inquieto com tal relação. Por este motivo fora instituída em 1º de junho do ano 2000, pelo próprio MS, a portaria nº 569/GM que assegura a mulher gestante e ao seu recém-nascido atendimento digno e de qualidade em todas as fases do ciclo- gravídico-puerperal. Em seu art. 2º da lei relatada, onde estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do programa de humanização no nascimento. Em seu Art. 2º, alínea “d” nos mostra que toda gestante tem direito á 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. (BRASIL, 2010)

Quadro II - Idéia central- II, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: Com relação as ações desenvolvidas no decorrer do trabalho de parto, quais prestadas pela equipe de enfermagem a senhora considera de aspecto humanizado?

Idéia Central - II	Expressões-chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Ações de enfermagem com caráter humanizado.</p>	<p>“Por segurar a minha mão. Me lembro muito dela, ela falava comigo me incentivava (...)”</p> <p>“O pessoal fala muito no exame de toque, mas o exame de toque ocorreu tudo bem. A enfermeira fez com muito cuidado e me explicou com quantos centímetros eu tava (...)”</p> <p>“As orientações, parece que vem como uma luz, pois a gente se ver ali, sozinha, quando elas falam parece uma luz no fim do túnel (...)”</p> <p>“ Era meu primeiro filho, eu tava com muita dor, a enfermeira chegava e me dizia como diminuir a dor(...) fez massagem nas minhas costas e me mandava andar (...)”</p>	<p>O incentivo em palavras no momento do parto, de segurar a mão, de permanecer do lado. Por estarmos ali sozinhas as orientações seguidas, parecem vim como uma luz no fim do túnel. A atenção, o cuidado, incentivo.</p>

	<p>“ As ações que foi humana da parte delas, foi na hora de ter o meu bebê. Elas ficavam do meu lado. Diziam: bote força, o seu bebê está nascendo(...)</p> <p>“Eu não sei o que seria de mim, sem as enfermeiras. A atenção delas, foi humanizado a atenção que ela me teve.(...)</p> <p>“ ah, quando eu falava e ela me escutava(...) sempre ali me escutando(...)</p>	
--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2011).

Analizados as expressões chaves acima referente que nos diz respeito das ações de enfermagem de caráter humanizado identificados pelas entrevistas durante todo o processo do nascimento, desde sua entrada no pré-parto perpassando até o momento do parto. Fora pedido que as entrevistadas lembrassem e ressaltasse que ação de enfermagem lhe despertou mais atenção por ter sido desenvolvido de forma humana.

O que nos fora revelado é que as mulheres evidenciam dentro das ações de enfermagem sendo de forma humanizada: técnica de comunicação, o toque, troca de informação, incentivo e encorajamento pessoal e verbal, clareza nas técnicas rotineiras, atenção e disposição a escuta, orientações e empregabilidade de medidas não-farmacológica e não-invasivas no alívio a dor durante o trabalho de parto. Para tanto destacamos que tais ações só foram visíveis a estas mulheres devido a uma fácil relação estabelecida pelo profissional de enfermagem daquele setor obstetrico.

Outro destaque é de como o enfermeiro utiliza de todo seu conhecimento técnico e científico para desenvolver ações de cuidados simples com resultados produtivos, mesmo que longe de técnicas e aparatos tecnológicos, se fazendo assim, neste momento um facilitador do processo de humanização nas ações de repõe pra si.

E que bem mais do que ações relacionadas aos cuidados físicos foram bem mais mencionados outras ações de cuidado, que se tornam indispensáveis para a mulher no momento de parir.

Segundo Cerqueira e Santos (2008, p.7) “a humanização da assistência, 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 do outro humano”

Podemos resumir tudo isto diante as entre linhas do relato de Swanson (1991 apud CERQUEIRA; SANTOS 2009, p.12) o enfermeiro deve estar presente, ou seja, “estar emocionalmente com o outro” tanto no compartilhar de sentimentos bons e ruins, e assim se mostrando disponível ao outro, na escuta atenta, permitindo a expor seus anseios, deste modo a parturiente perceberá a preocupação e atenção do profissional enfermeiro.

Quadro III - Idéia central - III, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: Com relação às praticas desenvolvidas dentro do setor obstétrico quais em sua percepção são as negativas e positivas para que se tenha um parto humanizado?

Idéia Central - III	Expressões-chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
Práticas desenvolvidas no	“De negativo, que não me ajudaram, foi a posição que a gente fica, é desagradável ficar	De negativo, que não me ajudaram, foi a posição que a gente fica, no momento dos

setor obstétrico identificadas pelas parturientes como negativas	de frente pro médico (...)" " A posição de ta deitada, mas eu acho que tem que ser deitada mesmo (...) " a gente fica naquela posição, chega um hora que as pernas cansam, os pés escorregam (...) " Na hora dos pontos, nem, é ruim de mais (...) " O atendimento do hospital às vezes atrapalha, pois não tinha cama pra mim ficar (...)" " Por ficar nessa solidão, ficamos aqui sem ter ninguém da nossa família por perto(...)"	dos pontos, da demora no atendimento, o atendimento do hospital às vezes atrapalha, ficamos aqui sem ninguém da nossa família por perto.
--	---	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2011).

No presente estudo, procuramos conhecer as principais práticas negativas reconhecidas pelas parturientes desenvolvidas perante todo o trabalho de parto.

O que nos faz avaliar perante as expressões chaves as práticas desenvolvidas no setor obstétrico, por sua vez identificadas pelas parturientes como negativas, as práticas mais citadas e que nos leva ao discurso foram: a posição horizontal ou seja a de decúbito dorsal, a falta de acompanhante, o atendimento hospitalar retardado e a prática da episiotomia.

Tais falas nos levam a mencionar que as mulheres ocupam de forma geral no hospital em questão, a posição horizontal, sem opção de escolha, pois é a única posição oferecida entre as práticas para o momento da expulsão fetal. Agindo assim o mesmo não estão em atendimento as preconizações do OMS, para tanto as

parturientes que são acolhidas não adotam a posição que desejam. A maternidade só conta com uma única sala para parto normal, mostrando que sua planta física não se torna favorável a práticas humanizadas na escolha da posição para parir. Por este motivo as mulheres entrevistadas desaprovam e apontam com uma prática negativa perante o parto a posição de supina. Essa prática por parte do hospital retarda o parto e ou o torna menos confortável e mais doloroso as parturientes.

Segundo Brasil (2010) é direito garantido a mulher dentro da prática obstétrica dos hospitais, preconizado pela OMS, a escolha a posição de parir livremente, livrando os partos de alto risco com restrições a posições.

As vantagens da posição vertical durante o trabalho de parto e nascimento são claras. Mesmo assim a posição horizontal com decúbito dorsal continua sendo utilizado nas varias unidades obstétricas do Brasil, sendo até a mais utilizada por todo o mundo civilizado. Porém vários centros avançados, permitem as mulheres a escolher a melhor posição para dá a luz, e são estes locais que existem estudos comparativos das vantagens e inconveniências de todas as posições do parto (de pé, sentada, de cócaras, deitada).(MATEI et al, 2003).

Outro ponto tocado, fora a prática da realização da episiotomia seguida pela episiorrafia.

De acordo com Figueiredo (2003) a episiorrafia deve ser realizado de forma bastante seletiva, é utilizada em casos com existência de indicação ou seja nos casos de sofrimento fetal, uso de fórcepe, fetos grandes, cardiopatas materna, período expulsivo prolongado e outros mais.

O uso indiscriminado da episiotomia é considerado em muitas bibliografias como uma intervenção não humanizada. Dentro do parto normal de forma humanizado é preconizado cuidados com o períneo. Para Figueiredo (2003) a literatura preconiza é que se realize manobras para a prevenção do períneo, como exemplo a Manobra de

Ritgen, com objetivo de evitar uma deflexão súbita da cabeça do feto, evitando lacerações na mulher.

É visto ainda através das entrevistadas e identificadas por elas mesmas de como prática negativa a falta de acompanhante. Visto no estudo, que a presença do acompanhante é de extrema importância, pois as mulheres relatam solidão, medo, falta de alguém de seu meio familiar ao seu lado. Nós fazendo refletir que esta prática chega atrapalhar o trabalho parturitivo como um todo, elevando a insegurança da mulher durante todo o seu período hospitalar. É importante mencionarmos e refletirmos que o acompanhante é de extrema importância, pois o quadro de medo e ansiedade pode ser modificado passando segurança, por não está tão sozinha meio a pessoas estranhas, tornando o parto menos traumático e contribuindo para o processo de humanização.

O hospital maternidade ao qual se desenvolve este estudo fora identificado através da coleta de dados que a prática de dar direito a mulher a um acompanhante membro de sua família não é respeitada, sendo negado a todas o direito que lhe é assegurado por lei, indo contra o que se preconiza a OMS.

É direito da parturiente em ter um acompanhante, sendo garantido em lei federal, conforme o número 11.108 aprovada e que está em vigor desde 7 de Abril de 2005. A mesma dá o direito a todas as mulheres atendidas nos serviços do SUS sejam estes próprios ou contratados (BRASIL, 2005)

Conforme propõe o MS que o parto normal tem que ter um conceito natural e fisiológico para se chegar a humanização da assistência. Que para ser bem desenvolvido não necessita de condutas intervencionistas é preciso que se tenham respeito aos sentimentos, anseios, que aja disponibilização de profissionais para que possam ajudar a mulher, promovendo promoção de bem-estar físico e mental, oferecimento de espaço para apresentação de um acompanhante, dá o direito a mulher a escolher a melhor posição para o nascimento e por fim tem que se evitar todas as práticas negativas, inoportunas e hostis a saúde da mulher e para o bebê (BRASIL, 2010).

Quadro IV - Idéia central- IV, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: Com relação às praticas desenvolvidas dentro do setor obstétrico quais em sua percepção são as positivas e negativas para que se tenha um parto humanizado?

Idéia Central - IV	Expressões-chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Práticas desenvolvidas no setor obstétrico identificadas pelas parturientes como positivas.</p>	<p>“É o acompanhamento das enfermeiras, só delas ta acolá do nosso lado. Foi o que me ajudou meu Deus!!!(...)”</p> <p>“As orientações que a gente recebia , pra caminhar, respirar fundo, fazer força pra baixo e pra não gritar (...)</p> <p>“A alegria de ver meu filho, de ter segurado ele logo após o parto(...)</p> <p>“Foi positivo, as orientações que eu recebia, em todas as etapas que eu passei(...)”</p> <p>“As praticas realizadas pelas enfermeiras, de falar o que vai fazer. É ruim quando o médico chega e faz as coisas que a gente não entende, num sabe (...)”</p> <p>“ Na hora do parto foi positivo, pois a enfermeira que tava lá</p>	<p>Foi positivo, o acompanhamento, as orientações que agente recebe em todas as etapas, pra respirar fundo, pra caminhar..., as orientações em todas as etapas e a alegria de segurar o meu filho.</p>

	dentro com o médico me dizia o que fazer e como fazer (...) “ o respeito, a dedicação e as orientação (...)	
--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2011).

No tocante as principais práticas positivas reconhecidas pelas parturientes desenvolvidas perante todo o trabalho de parto, constatamos que entre as práticas positivas estão: monitoramento do bem-estar físico e emocional da parturiente por todo o trabalho de parto, apoio empático pelos profissionais de enfermagem durante o trabalho parturitivo, oferecer às mulheres informação e explicações sobre o que as mesmas desejam utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor como massagens e incentivo a deambulação, dar liberdade e movimento durante o trabalho de parto e por fim contato precoce pele a pele de mãe e filho.

Podemos perceber em nosso estudo que os profissionais de enfermagem da instituição em estudo se preocuparam em criar vínculo afetivo com as parturientes. E que o trabalho desenvolvido tem atendido em alguns aspectos o que se preconiza a OMS. As atitudes em práticas, relatadas através das entrevistadas, dos profissionais de enfermagem em obstetrícia da instituição, vem favorecendo o fortalecimento na realização de práticas positivas que ajudam as mulheres no trabalho parturitivo.

As preconizações da OMS (2000) algumas atitudes por parte dos profissionais que prestam assistência obstétrica são viáveis e de extrema importância dentro do trabalho parturitivo para um parto humanizado. Entre as atitudes estão:

- Monitorar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento a mulher;
- responder às informações e explicações solicitadas;

- permite que a mulher caminhe durante o período de dilatação e adote a posição que desejar no momento do parto;
- orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como: massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- permitir o contato pele a pele entre a mãe e bebê e o início do aleitamento, imediatamente após o nascimento;
- respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e no parto.

Portanto as aplicações destas práticas são de extrema importância, pois permite que se possa humanizar dentro da assistência ao parto (BRASIL, 2010).

Muitas são as práticas para se chegar um serviço humanizado, as citadas no decorrer dos discursos acima são ínfimas práticas entre tantas, porém tem um positivo efeito frente a inicialização para um parto humanizado pois há indícios de uma assistência humanizada ao parto se mostrando existente naquele espaço institucional.

No estudo em questão, constatamos que entre as práticas citadas não estão em evidência dentro da instituição em estudo o incentivo a livre posição para a expulsão fetal, o direito a mulher a ter durante o trabalho de parto um acompanhante, o estímulo ao aleitamento materno precoce em sala de parto.

Partindo do que reza Gurgel (1997 apud METEI et al, 2003) é apropriada a comunicação mantida por o profissional de enfermagem é de fundamental estima para que se tenha uma real interação entre estes. E tal relação é compreendida como elemento de competência do profissional, sendo que dentro da profissão é essencial para a qualidade do cuidado em enfermagem, e que suas orientações seguidas a parturiente e o próprio apoio psicológico propicia um ambiente onde a mulher se sinta mais protegida e amparada.

Quadro V - Idéia central- IV, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: Como foram procedidas a assistência de enfermagem em sua percepção nos períodos de dilatação, expulsão e dequitação? E quais artifícios foram lhe propostos para que pudesse enfrentar estes períodos?

Idéia Central - V	Expressões-chaves	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Artifícios utilizados dentro da assistência de enfermagem que ajudam as parturientes nos períodos de dilatação, expulsão e dequitação.</p>	<p>“Na dilatação a massagem na barriga e nas costas (...)”</p> <p>“As orientações que a gente recebia para andar, respirar fundo (...)”</p> <p>“ Me falaram que melhor ficar deitada de lado, fiquei deitada do lado que me falaram(...)”</p> <p>“ que podia caminhar, pois caminhar ajudava(...)</p> <p>“ Me fizeram uma massagem, mas bem rápida.</p> <p>“ pra ter calma, que me luta só havia começado, que as dores era devido a dilatação.</p> <p>“ Na expulsão me disseram como agir, já haviam me falado no pré-natal, mas na hora eu nem me lembrava(...)</p> <p>“ A enfermeira ficaram sempre do</p>	<p>Na dilatação as orientações que recebia pra andar respirar fundo, que caminhar ajudava,pra ficar deitada mas de lado, e ainda as massagens na barriga e nas costas. Na expulsão, me disseram como agir, diziam pra ter força, com palavras me dizendo que eu tinha que conseguir, que a força era pra baixo e não força na garganta, falavam pra respirar fundo, tudo isso me ajudaram a colocar meu bebê pra fora. No momento da placenta não me falaram nada, eu sentia muita cólica,mas não me ajudaram em nada. Nem sabia o que estava acontecendo.</p>

	<p>meu lado, até meu bebê nascer.</p> <p>“ as palavras delas dizendo pra ter força, que eu tinha que conseguir, tudo isso me ajudou, me deu força(...)</p> <p>“ dizia pra fazer força, mas um força pra baixo e não uma força na garganta.</p> <p>“Me falavam pra respirar fundo pra não faltar ar para o bebê(...)</p> <p>“ Me deram força na hora que mais precisava, eu não tinha mais força pra colocar meu filho pra fora e elas me ajudaram (...)</p> <p>“ Na hora de sair a placenta eu nem senti, nem me falaram, só fiquei lá deitada(...)</p> <p>“ Eu sentia muita cólica mas não sabia o que era, depois foi que me lembrei que podia ser a tal da placenta(...)</p> <p>“ não me ajudaram em nada, depois eu num vi mais a enfermeira que tava comigo(...)</p> <p>“ me pediram só pra ficar deitada, que ainda num tinha terminado(...)</p> <p>“ Não me falarão da placenta</p>	
--	---	--

	<p>não(...)</p> <p>“ Eu perguntei, e agora? Ai me disseram que era pra ficar lá, pois ainda não havia saído a placenta(...)</p>	
--	---	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2011).

Fica claro nos discursos que as mulheres receberam uma assistência ao qual fora facilitada nos períodos de dilatação e expulsão.

Em relação á assistência no trabalho de parto, nos fora identificado uma certa preocupação dos profissionais da equipe de enfermagem em nortear as mulheres em determinados momentos, com orientações e as práticas fundamentadas cientificamente que garanti uma qualidade no desenvolver do trabalho parturitivo.

Constatamos ainda que na terceira fase dada por fase de dequitação nenhuma das entrevistadas relatou nenhum tipo de informação, orientação para enfrentarem a fase de eliminação da placenta.

No presente estudo procurávamos conhecer quais métodos eram realizados as parturientes daquela instituição em estudo, os métodos utilizados e orientados para as parturientes de alivio a dor e de enfrentamento nas fases do parto, realizados pelos profissionais. Constatamos ao se analisar os DSC através das expressões acima mencionadas que as parturientes receberam orientações quanto às massagens, respirações, a deambulações, mantidas se deitada do lado esquerdo pra a liberação da circulação da veia cava para seu alivio como preconiza a OMS e outros.

Podemos observar que em todo setor nenhuma das parturientes recebeu qualquer informação a favor da possibilidade para a melhor posição no momento da expulsão. As orientações relatadas na fase de expulsão observaram se através do DSC

que a enfermagem se manteve presente em toda a fase orientando na utilização de técnicas de respiração, inspiração, encorajando a mulher para a utilização da força correta, elogiando seus progressos e verbalizando palavras de confiança, com isto a mulher se posiciona positivamente frente ao período de expulsão fetal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu uma análise acerca da humanização da assistência de enfermagem no trabalho de parto através da percepção das parturientes. Análise esta possibilitada através do viés da percepção das mulheres qual a real visão destas mulheres, sujeitos de cuidado dos profissionais de enfermagem, acerca da assistência desenvolvida durante todo o trabalho parturitivo.

De posse destes dados e através da elaboração de um documento semi-estruturado com questões abertas captou-se a percepção da contribuição da pesquisa.

No alcance dos objetivos propostos pela pesquisa obteve-se na verificação da compreensão das mulheres a respeito à humanização que para estas é de grande valor ressaltar e priorizar o verdadeiro papel do cuidar, da ajuda, da valorização, do contato efetivo estabelecido do começo ao fim do parto. A humanização do cuidado aparece relacionada a atitudes de atenção, dedicação, orientação, organização, respeito a sua intimidade e a dor sentida, é um serviço desprovido de muitas técnicas e aparatos tecnológicos. Foi visível que o profissional de enfermagem possibilita fácil relação entre as pacientes, e que utiliza de todo seu conhecimento técnico e científico para disseminar cuidados simples com cuidados produtivos com empregabilidade de técnica de comunicação, toque, troca de informação, incentivo e encorajamento pessoal e verbal, clareza nas técnicas rotineiras, atenção e disposição a escuta, orientações e empregabilidade de medidas não-farmacológica e não invasivas no alívio a dor durante o trabalho de parto.

O estudo mostrou ainda que, embora preconizado pelas autoridades governamentais, o parto humanizado ainda não é realizado em sua plenitude na instituição, visto existirem muitas práticas reconhecida por ser benéfica a mulher no

momento do trabalho parturitivo que não são empregadas na instituição em estudo, indo contra as preconizações da OMS.

Desse modo, se tornou evidente que as mulheres necessitam simplesmente em uma assistência obstétrica humanizada serem acolhidas, terem respostas para suas perguntas, receber uma assistência de boa qualidade, com respeito a sua dor e a sua intimidade, e que precisam ser reconhecidas como aquelas que têm vontades, anseios, necessidades e direitos a ser respeitados, e com tudo isso demonstram quererem compartilhar junto aos profissionais de saúde seus medos, suas alegrias e por fim o prazer de dá a luz.

De posse de todos os dados deste estudo, percebemos sob a ótica da mulher acerca do profissional de enfermagem se revelou por aquele profissional que se deixar tomar por sentimentos e que assegura os reais valores humanos no desempenho do seu ofício nos vários períodos do parto.

É glorificante mencionarmos que mesmo com predominância na instituição ao velho modelo tecnológico, a enfermagem consegue com muitos esforços, desenvolver uma assistência efetiva, qualificada e o mais importante de forma humanizada frente à visão das parturientes.

È compreendido que o profissional absoluto a se falar, seja o de enfermagem. Pois é este que consegue ver o parto fora de um fenômeno patológico, e sim um fato cheio de significados. Bem como é ele que consegue humanizar longe de normas e rotinas a ser seguidas.

Por fim, vejamos que a assistência humanizada não é nenhuma “receita de bolo” que merece ser seguida a risca. Os ingredientes que são encontrados neste caldeirão de emoção que se faz o processo do nascimento, dependeram do ser profissional buscar no fundo do seu eu o verdadeiro sentido humano de viver, e por que não de nascer.

Esperamos com esse trabalho elevarmos as reflexões a favor da humanização do cuidado a parturiente. Que a percepção destas mulheres venha a contribuir e redimensionar para nossas práticas em saúde no momento do cuidado obstétrico, ratificando para novos horizontes ao verdadeiro sentido do cuidar humanizado.

REFERÊNCIAS

BARROS. S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica** : Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2. ed. 2007.

CERQUEIRA. J. M.; SANTOS. E. E. **Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto**. Disponível em: < www.corenpr.org.br/artigos/ARTIGOibpex.doc> Acesso em: maio. 2011.

BASILE, A. L. O.; PINHEIRO, M. S. B.M.; Newton T. **Centro de Parto Normal Intra-hospitalar**. São Paulo: Yendis, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> Acesso em: 27 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saude Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://www.abenfosp.com.br/materiais_tecnicos.html> Acesso em: 27 out. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da mulher: Um diálogo participativo e aberto**. Brasília: MS, 2010. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf> Acesso em 03 Fev. 2011.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt_>. Acesso em: 02 out. 2010.

FRANCO, M.V; FRANCO. T.LV. **Metodologias das Ciências Sociais**. 3. ed Campinas, RJ: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

FUSTINONI, S M. Tecnologias na assistência ao parto. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira de (Org). **Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal**. – Barueri, SP: Manole, 2006.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Revista Escola de Enfermagem**. [São Paulo], v. 33, n. 1, p. 31-8, mar.

1999. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/458.pdf>>. Acesso em 28 jan.2011.

MATEI, E.M. et al. Parto humanizado: Um direito a ser respeitado. **Cadernos**. São Camilo,SP, v. 9, n. 10, p. 16-26, abr./jun. 2003. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)> Acesso em: fev. 2011.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 253 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina – USP. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2010.

DUTRA, I. L. A polissemia dos termos: parto natural, normal e humanizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [S. l.], v. 28, n. 2, p. 215-222, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3166>>. Acesso em: 30 out. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 4.ed. São Paulo: Difusão, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2004.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde**. São Paulo: E.P.U, 1998.

GALASTRO,E.P.; FONSECA. R.M.G. A participação do homem na saúde reprodutiva. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459 Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf>> Acesso em: 20 set. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência e Saúde Coletiva**. [S. l.], v.10, n.3, p. 639-649, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2010.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: UDUCS, 2005.

MACHADO, N. X.S.; PRAÇA, N S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 174-279, JUN. 2006.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200017&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 30 out. 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA, F. M. J. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.60, n.4, p. 452-455, jul./agos., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018>. Acesso em: 02 out. 2010.

OLIVEIRA, I.O. et al. **Assistência de enfermagem no pré e pós-parto normal.** Disponível em: <http://www.fmb.edu.br/ler_artigo.php?artigo=293>. Acesso em: 02 out. 2010.

PINTO, C. M.S.; ROCHA, E. A.; SILVA, M. J. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. In: **Nursing: artigos das edições de 1 a 100.** Barueri, SP: Bolina 2007. 1 CD-ROM.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, L. R. A. **Competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal.** 2006. 120 f, Dissertação (Mestrado em enfermagem) – UFRS. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100030&lng=es&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 13 set. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SANTORIO, L. L.; NACAMURA, M. Estudo sobre as expectativas da mãe em relação ao recém-nascido no momento do parto. In: _____ **Nursing: artigos das edições de 1 a 100.** Barueri, SP: Bolina, 2007. 1 CD-ROM.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WOOD, G L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem. métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICE

APÊNCIDE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

Título do projeto: Percepção de mulheres em trabalho de parto sobre a humanização na assistência de enfermagem.

Pesquisador responsável: Profº Ms. Johny Carlos de Queiroz

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE - Av. Presidente Dutra, 701 - Mossoró/RN, CEP: 59.663-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: johnycarlos@uol.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Frei Galvão – Bairro: Gramame – João Pessoa/PB. CEP: 58.067-695. Fone/Fax: (83) 2106-4777. E-mail: cep@facene.com.br

Pesquisadora: Kaline Rachel Rodrigues da Costa. Rua: Marechal Hermes, nº 1003– Bairro: Bom Jardim – Mossoró/RN. CEP: 59.631-210. Endereço: Rua. Mossoró/RN. Fone: (84) 3316-2259/8883-9359. E-mail: kalinerachel23@hotmail.com

A Sr. (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **PERCEPÇÃO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**, de responsabilidade da pesquisadora Kaline Rachel Rodrigues da Costa aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação do Professor Ms. Johny Carlos de Queiroz.

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA, E PROCEDIMENTO:

Apresenta como objetivos verificar na compreensão das mulheres sobre a humanização do parto; Analisar na percepção de mulheres sobre a assistência de enfermagem na humanização do parto; Avaliar a percepção das mulheres sobre a resolutividade do centro obstétrico no parto humanizado; Investigar a expectativa das mulheres frente a humanização do parto no centro obstétrico.

A pesquisa se justifica pela intensa emoção vivenciada durante o parto e desperta no pesquisador há necessidade de estudar o cuidado humanizado prestado a mulheres nos momentos que antecedem o nascimento e assim conhecermos como realmente isto acontece no cotidiano dos serviços.

Solicitamos sua contribuição e informaremos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresentará riscos aparentes pelas participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista semi estruturada, com perguntas abertas previamente elaboradas, que será aplicada dentro do setor obstétrico, na fase de pós-

parto iniciaremos a entrevista concernente com a pesquisa onde o senhora responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais que caracterizarão as mulheres desta amostra e perguntas relacionadas à questões concernentes com a temática, **PERCEPÇÃO DE MULHERES EM TRABALHO DE PARTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**, de forma que toda entrevista será gravada em aparelho MP3 para que posteriormente todos os dados relevantes a pesquisa sejam transcritas de forma segura. Os dados informados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo posteriormente ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo não lhe gerando nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização dessa pesquisa e cientificamos que sua contribuição será de grande valia para difundirmos sobre o tema da humanização no serviço em saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portadora do RG N° _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Recebi uma cópia deste termo livre e esclarecido, assinado por mim e pelos pesquisadores onde li e esclareci qualquer dúvida.

Mossoró, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes do estudo. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionados a este trabalho.

_____ Data: ___ / ___ / ___

Pesquisadora participante

_____ Data: ___ / ___

Assinatura do pesquisador responsável

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

Idade:_____ . Estado Civil:_____

IG: _____ . Paridade:_____.

Procedência:_____ . Escolaridade:_____

Profissão:_____.

Data___/___/___.

PARTE II – QUESTÕES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

1. O que a senhora entende por humanização nos serviços de saúde? E qual a sua compreensão de um serviço humanizado e como seria ao ser ver parto humanizado?
2. Com relação a ações desenvolvidas no decorrer do trabalho de parto, quais prestadas pela equipe de enfermagem a senhora considera de aspecto humanizado?
3. Como relação às práticas desenvolvidas dentro do setor obstétrico quais em sua percepção são as positivas e negativas para que se tenha um parto humanizado?
4. Referente ao profissional de enfermagem. Qual o tipo de ação prestado por este profissional lhe chamou mais atenção no desenvolver da assistência de enfermagem?

5. Como foram procedidas a assistência de enfermagem em sua percepção nos períodos de dilatação, expulsão e dequitação? E quais artifícios foram lhe propostos para que pudesse enfrentar estes períodos?
6. Há fatores positivos e negativos que venham a prejudicar a mulher em seu trabalho parturitivo?Quais seriam estes fatores?
7. Quais experiências positivas e negativas deste parto que ficaram marcadas em sua mente?
8. Para concluir qual a sua impressão final, referente a equipe de enfermagem que lhe assistiu em todas as etapas do parto. E que atitudes e recursos humanos (comunicação, compreensão, paciência, sensibilidade...) são necessários para á equipe de enfermagem obstétrica precisa desempenha a mulher?