



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Denise Gonzalez Stellutti de Faria

“EMBRIÃO” de Centro de Parto Normal
Fundamentado na Experiência de Formação
de Enfermeiros Obstetras

São José do Rio Preto
2015

Denise Gonzalez Stellutti de Faria

**“EMBRIÃO” de Centro de Parto Normal
Fundamentado na Experiência de Formação
de Enfermeiros Obstetras**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani

Co-Orientadora: Profa. Dra. Zaida A. Sperli G. Soler

São José do Rio Preto
2015

Stellutti de Faria, Denise Gonzalez

“EMBRIÃO” de Centro de Parto Normal Fundamentado na
Experiência de Formação de Enfermeiros Obstetras / Denise
Gonzalez Stellutti de Faria
São José do Rio Preto, 2015
133 p.;

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani
Co-Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler

1. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; 2. Parto Normal;
3. Enfermagem Obstétrica; 4. Parto Humanizado.

Denise Gonzalez Stellutti de Faria

**“EMBRIÃO” de Centro de Parto Normal
Fundamentado na Experiência de Formação
de Enfermeiros Obstetras**

Banca Examinadora

Tese para Obtenção do Grau de Doutor

Presidente e Orientador: **Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani**

2º Examinador: **Prof. Dr. Alfeu Cornelio Accorsi Neto**

3º Examinador: **Profa. Dra. Maria Cláudia Parro**

4º Examinador: **Profa. Dra. Ana Maria Sabino Finochio**

5º Examinador: **Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Irigoyen**

Suplentes: **Profa. Dra. Dalva da Silveira Roland**

Profa. Dra. Sandra Regina de Godoy

São José do Rio Preto, 17/11/2015.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos Especiais.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Epígrafe.....	v
Lista de Figura.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Apresentação.....	1
1. Introdução.....	4
1.1. As Diferentes Facetas, Cenários e Discussões para Aumento dos Partos Normais no Brasil.....	5
1.2. Marco Teórico de Referência.....	8
1.2.1. Violência Obstétrica/ A Cultura da Cesárea/ (DES)Humanização do Nascimento.....	8
1.2.2. Formação e Atuação da Obstetrix / Enfermeiro Obstetra no Brasil.....	13
1.2.3. Centros de Parto Normal e Casas de Parto.....	17
1.3. Objetivo.....	22
1.3.1. Geral.....	22
1.3.2. Específicos.....	22
2. Método.....	23
2.1. Tipo de Estudo.....	24

2.2.	Área de Abrangência e Local do Estudo	24
2.3.	Questões Éticas	25
3.	Resultados	26
3.1.	O Projeto do CPNIH	27
3.2.	A Trajetória para “Implantação” do CPNIH.....	29
3.2.1.	Ações com a Gestante no Pré-Natal	30
3.2.2.	Humanização do Centro Obstétrico.....	30
3.2.3.	Pré-parto: para Atendimento no Trabalho de Parto	31
3.2.4.	Sala de Parto.....	32
3.2.5.	Pós-parto	33
3.2.6.	Ações no Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal	33
3.3.	Protocolos e Normas.....	34
3.3.1.	Atribuições do Enfermeiro Obstetra.....	34
3.3.2.	Protocolos de Medicações.....	35
3.3.2.1.	Uterotônicos.....	35
3.3.2.2.	Analgésicos e Antitérmicos.....	37
3.3.2.3.	Complemento de Ferro	37
3.3.2.4.	Antiemético	38
3.3.2.5.	Antiinflamatório	38
3.3.2.6.	Antibióticos	38
3.4.	Protocolo para Solicitação de Exames Laboratoriais	39
3.5.	Norma para Admissão e Acompanhamento da Parturiente no Trabalho de Parto.....	40

3.6. Norma para Condutas Humanizadas no Trabalho de Parto e Parto.....	41
3.7. Norma para Encaminhamento da Puérpera para o Alojamento Conjunto.....	42
3.8. Norma para Inserção do Acompanhante Durante o Trabalho de Parto e Parto	43
3.9. Norma para Realização do Exame de Cardiotocografia	44
3.10. Protocolo para Realização da Episiotomia Seletiva e Episiorrafia ..	45
3.10.1. Técnica da Episiotomia.....	45
3.10.2. Técnica da Episiorrafia	46
3.10.3. Técnica da Sutura Contínua com Categute Simples	47
3.11. Os Períodos seguintes na implantação do CPNIH.....	48
4. Discussão.....	51
4.1. Reflexões e Evidências Científicas que Conduzem à Importância de Organização e Implantação de Centro de Parto Normal no Brasil ..	52
4.2. (Re)Reflexões e Evidências Científicas sobre a Atuação de Obstetizes/Enfermeiros Obstetras na Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil	59
4.3. Reflexões sobre a Tecnoocracia, Intervenções e Boas Práticas Obstétricas na Atenção ao Parto e Nascimento no Brasil.....	65
4.4. Reflexões sobre o Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Proposto e Trajetória e Possibilidades de Desenvolvimento – “de embrião a feto – neonato e lactente”	73
5. Conclusão	92

6. Referências Bibliográficas.....	94
7. Apêndice	110
8. Anexos.....	119

- ✓ Aos meus pais **Octávio** e **Lenita** (*in memoriam*), que de onde estiverem sei que estarão sempre ao meu lado.

- ✓ Ao meu esposo e companheiro **Roberto**, aos meus filhos **Larissa** e **Beto**, meus netos **Bernardo** e **Bento**, que permitiram a realização de mais uma importante conquista, abrindo mão de boas horas que poderíamos ter passado juntos, simplesmente de braços dados.

- ✓ À minha nora **Marina** e meu genro **Ronaldo** pelo incentivo e carinho.

Agradecimentos Especiais

- ✓ Ao **Professor Dr. Antonio Hélio Oliani**, por aceitar me orientar, pela disponibilidade e experiência profissional que me ajudou a enxergar com mais clareza os caminhos a serem percorridos. Minha eterna gratidão.

- ✓ À **Professora Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler**, por acreditar em mim e abrir as portas para que eu participasse da formação de enfermeiros obstetras; por defender a Enfermagem Obstétrica e a humanização do nascimento no Brasil e particularmente em São José do Rio Preto e região da DRSXV; por sua amizade, pela disponibilidade oferecida nas horas que mais precisei, sempre disposta a ouvir e ajudar.

Agradecimentos

- ✓ Agradeço a **Deus**, que é misericordioso! Por sua infinita bondade; por ter me amparado e direcionado meus passos, pelas oportunidades concedidas.
- ✓ À amiga **Professora Dra. Beatriz Barco Tavares Irigoyen** pela amizade, carinho e incentivo.
- ✓ À amiga **Professora Dra. Maria Cláudia Parro** pelo incentivo e apoio.
- ✓ Ao **Professor Dr. Alfeu Cornelio Accorsi Neto**, por acreditar e defender a humanização do nascimento e a atuação do enfermeiro obstetra.
- ✓ À **Professora Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos** pela valiosa ajuda na aula de qualificação.
- ✓ À amiga **Sônia Elizabeth Campos** por todos esses anos de trabalho na especialização de obstetrícia, pelo carinho amor e amizade.
- ✓ Ao **Murilo**, que não mede esforços em atender a todos.
- ✓ À **Rose Desidério**, pela grande contribuição na finalização editorial do texto.

- ✓ Aos **enfermeiros obstetras** que conheci ao longo de meu trabalho na área assistencial e docente e que, cada um a seu modo, vivenciam alegrias e muitas agruras para revelar seu papel.

- ✓ Aos **alunos da Especialização em Enfermagem Obstétrica**– desde a 1ª turma em 2002 (estamos agora na XI).

- ✓ Às **gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos** que assisti ao longo de minha carreira profissional e que me permitiram revelar a importância da Enfermagem Obstétrica e do enfermeiro obstetra para a humanização do nascimento – seja o parto resolvido por cesárea ou normal/natural.

- ✓ Aos **obstetras** que confiaram e confiam no trabalho do enfermeiro obstetra e entendem nossa contribuição na humanização do nascimento e nossa arte de “partejar”, que leva a maiores índices de partos normais.

- ✓ A **todos** que contribuíram com este estudo e não foram citados, pois é impossível citar a todos que participam da minha vida e me estimulam a seguir em frente na vida e na profissão.

*“... Você aprende,
Depois de algum tempo você aprende,
Que o tempo não é algo que pode voltar atrás, portanto, plante seu jardim e
decore sua alma ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.
E você aprende que realmente pode suportar. Que realmente é forte e que
pode ir muito mais longe, depois de pensar que não pode mais.
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida.
Nossas dádivas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos
conquistar se não fosse o medo de tentar.”*

William Shakespeare

Figura 1. Fluxograma assistencial do centro de parto normal intra-hospitalar.....	29
--	----

Introdução: O modelo de assistência obstétrica no Brasil tem sido tema de muitas discussões e pesquisas que considerem a autonomia da mulher no processo de parturição e a inserção de obstetrias e enfermeiros obstetras na condução do trabalho de parto e parto de baixo risco. Os Centros de parto normal intra-hospitalares- CPNIH constituem modelo de assistência apropriada à parturiente e da incorporação das práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). **Objetivo:** apresentar a proposta de implantação e a trajetória de desenvolvimento de um CPNIH. **Método:** Faz-se ampla revisão da literatura, apresentada em Capítulos, sobre o processo de assistência obstétrica no Brasil que permita diminuir os índices extremos de cesarianas no país, sobre Violência Obstétrica, Humanização do Nascimento, formação e atuação de obstetrias e enfermeiros obstetras e sobre Centros de Parto Normal e Casas de Parto, que subsidiaram a organização e implantação do CPN proposto. O hospital campo da pesquisa é localizado no interior do estado de São Paulo, atende em Obstetrícia mulheres usuárias do SUS e constitui-se em campo de estágio curricular de alunos de graduação em medicina e enfermagem e para residentes médicos e alunos de especialização em enfermagem obstétrica. **Resultados:** são apresentadas as características ambientais, sociais e programáticas (protocolos) do CPNIH proposto, segundo as recomendações da OMS e MS, as facilidades, dificuldades, expectativas e perspectivas no desenvolvimento, que possa culminar com atendimento às prerrogativas da rede Cegonha. **Conclusão:** No aspecto específico desta pesquisa, esperamos que o CPNIH proposto na unidade obstétrica estudada continue a ter a valorização dos gestores, maior participação médica,

implantação efetivada na avaliação segundo as normas da Rede Cegonha, efetiva atuação de obstetras e enfermeiros obstetras, que se reflitam na humanização do atendimento obstétrico, na valorização da enfermagem obstétrica e aumento dos índices de partos normais.

Palavras-Chave: 1. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; 2. Parto Normal; 3. Enfermagem Obstétrica; 4. Parto Humanizado.

Introduction: The obstetric care model in Brazil has been the subject of much discussion and research. Attention has centered on the need to consider women's autonomy during the delivery process and the inclusion of midwives and obstetric nurses in the conduct of low-risk labor and birth. In-hospital normal birth centers (IHNBC) constitute an appropriate model for the care of women in labor and for the incorporation of practices recommended by the World Health Organization (WHO). **Objective:** To present a proposal of implementation and development of an IHNBC. **Methods:** This study is divided into chapters and includes a comprehensive review of the literature on the following topics: the Brazilian obstetric care process and the identification of ways to decrease the extremely high rates of cesarean sections in the country; Obstetric Violence; Childbirth Humanization; training and performance of midwives and obstetric nurses; and Normal Birth Centers and Birth Houses. This review supported the creation and implementation of the proposed IHNBC. The hospital that served as a research field is located in the state of São Paulo and offers obstetric care to women who use the Unified Health System (SUS). It also serves as a traineeship field for undergraduate medical and nursing students, medical residents and obstetric nursing specialization students. **Results:** We present environmental, social and programmatic characteristics (protocols) of the proposed IHNBC, according to the recommendations of the WHO and Ministry of Health. Additionally, we discuss the strengths, difficulties, expectations and perspectives of the development process, in order to comply with the "Stork Network" prerogatives (rede Cegonha, in Portuguese). **Conclusion:** In the specific context of this research, we expect that the

proposed IHNBC implemented in the analyzed obstetric unit continues to be valued by managers and receives greater medical involvement. Moreover, we hope that this proposal is effectively implemented in the assessment phase according to the standards of the Stork Network, with the effective participation of midwives and obstetric nurses, and that this result in the humanization of obstetric care, the assignment of greater value and recognition to obstetric nursing and increased normal delivery rates.

Keywords: 1. Pregnancy and Birth care centers; 2. Natural Childbirth; 3. Obstetric Nursing; 4. Humanized Childbirth.

APRESENTAÇÃO |

APRESENTAÇÃO

Para desenvolver este trabalho foi necessário um longo percurso que exigiu que os diferentes aspectos de minha experiência profissional no âmbito de atuação e ensino de Enfermagem Obstétrica fossem agrupados de forma a desvelar no hospital campo deste estudo a importância da atuação do enfermeiro obstetra na consecução da humanização do nascimento e de partos normais.

Nesta trajetória de vida está a oportunidade de atuação desde 2004, como docente convidada no curso de especialização em Enfermagem Obstétrica CEDESCOP-FAMERP, iniciando a carreira acadêmica na FAMERP e a participar de estudos vinculados ao Projeto-mãe denominado “Estudos sobre a Humanização no preparo e assistência para o nascimento e parto e na atenção ao neonato e lactente: ênfase na atuação do enfermeiro obstetra”.

Em janeiro de 2007 fui solicitada pela administração do hospital em estudo, para inserir enfermeiras obstetras que trabalhavam na instituição na assistência a parturiente de baixo risco ou risco habitual, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Ciente da Portaria do Ministério da Saúde do Brasil n. 985/1999, que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da alta incidência de partos cirúrgicos, da necessidade de mudança no atendimento as gestantes e parturientes e tendo em conta os fundamentos que vínhamos há mais de uma década discutindo na formação de enfermeiros obstetras, em 2008 elaborei um projeto para implantação de um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNIH) com o objetivo de atender a solicitação da instituição adequando o espaço hospitalar

num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras na assistência ao parto.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. As Diferentes Facetas, Cenários e Discussões para Aumento dos Partos Normais no Brasil

No Brasil, a partir da metade do século XX, cresceu o modelo medicalizado e institucionalizado de atenção ao parto. Tomou-se por base de sustentação que os médicos e hospitais podiam oferecer soluções biomédicas e técnicas melhores na proteção do binômio mãe e filho nas situações de assistência obstétrica. Isso se mostrou completamente equivocado, visto que ainda atualmente a maior parte das intervenções não são baseadas em evidências científicas.⁽¹⁻⁴⁾

O uso rotineiro e desnecessário de várias intervenções no processo de assistência obstétrica, principalmente durante a gestação e no trabalho de parto e parto, acabaram por alterar o curso fisiológico do nascimento, com indicações abusivas de cesarianas. As intervenções obstétricas desnecessárias repercutem no aumento do nível de complexidade dos procedimentos e do risco obstétrico decorrente.⁽⁴⁻⁶⁾

Além do aumento crescente das cesarianas, a medicalização e institucionalização no processo do nascimento levaram a situações de violência obstétrica relacionada à falta de respeito no trato com a parturiente principalmente, durante as fases de trabalho de parto e no parto. A desumanização na atenção obstétrica pode ser velada ou claramente evidenciada, como: na submissão das parturientes a normas e rotinas hospitalares; na conduta fria e impessoal dos profissionais e na falta de respeito, consideração e cumprimento dos direitos da mulher e família. A

equipe de enfermagem e particularmente obstetras e enfermeiros obstetras têm sido citados como os profissionais que têm uma forma de assistir mais voltada às necessidades da mulher.^(1,2,4-9)

O aumento crescente tanto dos índices de cesáreas, quanto de opressão e a dificuldade da participação efetiva da mulher no processo de seu parto levou o Brasil ao desonroso título de campeão mundial de cesáreas, particularmente nos serviços privados de saúde.^(1,2,7-11) Também foi se deteriorando o comportamento da equipe obstétrica junto a gestantes, parturientes e puérperas, negando-se maior participação da parturiente, principalmente.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ Humanizar o nascimento é tratar a mulher e família com gentileza, humanidade, respeitando no que não comprometa a sua saúde ou a de seu filho, seus desejos e necessidades. Não existe humanização do nascimento sem a participação efetiva da mulher.⁽²⁾

O ideário da humanização do nascimento é propiciar o empoderamento das mulheres durante a fase gestacional, o incentivo ao parto vaginal, o alojamento conjunto, ambientes extra-hospitalares para assistência ao parto, participação de acompanhante de escolha da mulher. De modo geral, a humanização do nascimento e do parto visa humanizar a atenção pré-natal, parto e com o recém-nascido, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Também, oferecem mais condições para a consecução do parto normal, por promover condutas que permitam maior participação e respeito com as mulheres, de forma a levar em conta seus direitos de vivenciar uma maternidade segura e prazerosa.^(2,8-10,14-17) Os Centros de Parto Normal – CPN - constituem uma iniciativa para reduzir a mortalidade materna e perinatal, oferecendo uma assistência humanizada e de baixo intervencionismo, e desde

o final dos anos 90 lentamente se disseminaram pelo Brasil, organizados de forma a atender as necessidades da mulher, com protocolos de atenção baseados em evidências científicas.^(10,14-18)

No Brasil a possibilidade da assistência a parturientes em modalidades não-hospitalares veio à tona com a edição da Portaria n. 985/1999⁽¹⁷⁾ do Ministério da Saúde (MS), que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CPN constituem uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal, oferecendo uma assistência humanizada e de baixo intervencionismo, também repercutindo em melhoria da assistência ao parto normal. Na implantação dos CPN, o MS se baseou em resultados de estudos internacionais e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do local e dos profissionais que atendem o trabalho de parto e parto. Segundo a OMS, o parto de uma gestação de baixo risco pode ser assistido com segurança no domicílio, numa casa de parto ou na maternidade de um hospital, sendo o enfermeiro obstetra o profissional mais adequado para essa função.⁽¹⁴⁾

Percebe-se pelo exposto que foram considerados vários aspectos na atenção obstétrica que necessitavam de transformações em muitas sociedades e principalmente no Brasil, com as distorções na atenção obstétrica, teve-se como consequência a perda da essência da assistência holística ao binômio mãe-filho e dificuldades em compreender as mulheres para que pudessem vivenciar com mais prazer o ciclo gravídico-puerperal.

A confusão que muitas vezes é feita é que nascimento humanizado corresponde ao parto normal. Não é verdade, o que se busca na humanização do nascimento é promover a assistência obstétrica que vise à maternidade

segura e prazerosa. É claro que dar atendimento humanizado, utilizando procedimentos recomendados e baseados em evidências científicas contribuem para aumentar os índices de parto normal.⁽²⁾

São várias as estratégias para o alcance da humanização do nascimento e aumento dos partos normais, coibindo a violência obstétrica. São as temáticas que são apresentadas no Marco Teórico de Referência

1.2. Marco Teórico de Referência

1.2.1. Violência Obstétrica/A Cultura da Cesárea/ (DES)Humanização do Nascimento

Em todo o mundo e em especial nos países da América Latina e Caribe a pauta de discussão mais enfática na atenção obstétrica, a partir de 1990 pelo menos, tem sido a Violência Obstétrica.^(2,3,7) Muitos estudiosos são unânimes em afirmar que a desumanização no atendimento a mulheres no período gravídico puerperal tem relação com a excessiva medicalização, hospitalização e intervenções, além da formação e atuação profissional inadequada.^(2,19-44)

Na Venezuela existe legislação específica sobre os direitos das mulheres a uma vida livre de violência, tipificando 19 formas de violência contra a mulher e destacando a violência obstétrica como a mais danosa. Os autores explicam que há violência obstétrica quando: não se atende de forma oportuna e eficaz as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir deitada, quando existem condições do parto vertical; criar obstáculos para o contato precoce mãe/filho, sem causa médica justificável; alterar o processo natural do parto com técnicas

de aceleração, sem o consentimento informado da mulher e não obter o consentimento informado da mulher na realização da cesárea, quando há condições de parto normal. Também configura violência obstétrica ou desumanização: negar informações ou fazer esclarecimentos que fogem à compreensão da mulher; o tratamento descortês, bruto, raivoso; a falta de interesse em preservar o pudor das parturientes; não manter sigilo das informações reportadas pelas mulheres, sem causa justificada.⁽⁷⁾

No entanto, muitos profissionais de saúde na Venezuela ainda ignoram a legislação que protege a mulher contra a violência obstétrica, retrucam que não há meios institucionais para o parto vertical e que os mecanismos de denúncia e as entidades encarregadas de prestar assistência às mulheres vítimas de violência obstétrica são falhos.⁽¹⁸⁾

Em Cuba, pesquisas demonstram que o conhecimento baseado em evidência científica é deficiente, visto que o nascimento é abordado fundamentalmente como um evento médico, que não permite a participação ativa das mulheres; com excesso de intervenções médicas, consideradas como violência física e de gênero.⁽¹⁹⁾

Em estudo realizado sobre a percepção de enfermeiras obstetras quanto à violência no ciclo gravídico – puerperal, foram destacadas as seguintes ações dos profissionais de saúde contra as gestantes, parturientes e ou puérperas: verbalizações violentas; realização de procedimentos desnecessários ou iatrogênicos; ignorar a obstetrícia baseada em evidências científicas; ambientes, normas e comportamentos inadequados.⁽²⁰⁾

Na ótica dos profissionais de saúde e particularmente dos obstetras, seu trabalho não pode ser prejudicado por ter que atender aos “desejos” da

parturiente, deixar de exercer sua “autoridade”, que é para o “bem” da mulher. No entanto, reconhecem a violência instituída em maternidades quanto a práticas discriminatórias e desrespeitosas junto a gestantes, parturientes e puérperas; uso de jargões pejorativos; ameaças; negligência no manejo da dor.⁽²¹⁾

Na percepção das usuárias, a violência obstétrica ocorre de várias maneiras, perpetrados principalmente pelos médicos e enfermeiros, na forma brutalizada de tratamento, em especial entre as mulheres de menor poder aquisitivo.⁽²²⁾ Os sentimentos negativos das mulheres no processo parturitivo revelam ansiedade; tristeza; carência de atendimento humanizado e traumas na experiência do parto.⁽²³⁾

A qualidade inadequada de atenção obstétrica, destacada na relação interpessoal, repercute em maior morbimortalidade materna e fetal/neonatal e está intimamente associada com o conceito de humanização. Assim, há décadas são divulgadas no meio científico internacional as questões de humanização do nascimento, como resposta ao processo de trabalho mecanizado, à violência institucional e a relação profissional cliente desumana. De modo geral a humanização do nascimento envolve três aspectos fundamentais: a mulher é o centro da atenção; deve ser facilitado apoio emocional e a atenção clínica deve estar fundamentada em evidência científica.^(24,25)

A cesárea eletiva tem representado a violência obstétrica mais evidente no Brasil em especial pelo fato que acabou por modificar a forma da mulher ver a gestação e o parto e os valores culturais, familiares, emocionais, as crenças e mitos que influenciam na escolha da via de parto. O medo da dor, da

alteração do corpo, a influência do meio social, de familiares e o poder médico são os fatores interferentes na escolha da via do parto. Ante tal situação, é necessário destacar a importância da ação educativa durante o período gestacional, para que mulher e família possam ser ouvidas e esclarecidas em suas dúvidas e temores.^(2,24-28)

Em pesquisa no Brasil abrangendo 23.940 puérperas com o propósito de verificar os fatores requeridos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto, verificou-se que a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% em primíparas no setor público a 73,2% em múltíparas com cesariana anterior no setor privado. Na escolha pela via de parto ficou ressaltado no parto vaginal a melhor recuperação (68,5%) e para a cesariana o medo da dor do parto (46,6%). As mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente de complicações e em ambos os setores a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres.⁽²⁹⁾

A utilização de práticas obstétricas consideradas prejudiciais representa um foco de análise da violência obstétrica e de desumanização do atendimento, que mostram o autoritarismo e a arrogância dos profissionais de saúde, e levam à perpetuação de modelos inadequados de atendimento.⁽³⁰⁾ Contribuem para o aumento da incidência de parto cesáreo: a medicalização do processo gravidez-parto; pré-natal baseado na biomedicina; o medo da dor; experiências anteriores vividas ou relatadas; a conveniência da data marcada e um processo de negociação/orientação que se estabelece entre a gestante,

seus familiares e o profissional médico, influenciado pelo vínculo de confiança dessa relação.^(31,32)

Pesquisas em diferentes partes do mundo revelam que as gestantes preferem o parto vaginal à cesariana e que a maioria não conseguiu realizar esse desejo, devido à influência e às intervenções recebidas do médico. Muitas mulheres demonstram claro desagrado por algumas práticas que retiram sua autonomia no processo da parturição e discordam do poder unilateral do médico sobre o parto, defendendo que a decisão deveria ser compartilhada, uma vez que são estas que sentem e passam pelo processo. Os dados obtidos indicam que a preferência referida pelas gestantes não influencia no tipo de parto realizado, já que os índices de cesarianas são muito maiores que o desejo das mulheres. Conclui-se que a humanização da atenção no pré-natal e no trabalho de parto pode contribuir para a redução do percentual de cesarianas.⁽³¹⁻³⁷⁾

Várias mulheres que vivenciaram uma cesárea indesejada têm sentimentos de insatisfação, desconforto, raiva, impotência, frustração e mágoa, relatando violência por ficar longe do recém-nascido ou estar confusa e sonolenta pela medicação no primeiro contato com o filho, não ter sido permitida a presença do acompanhante, mesmo sendo lei no Brasil, e desconfortos amplificados no pós-parto pela rotina dos hospitais. A presença do acompanhante de escolha da mulher só traz benefícios no nascimento, visto que a parturiente está continuamente acompanhada e atendida quanto ao uso de práticas não medicamentosa para diminuição dos desconfortos e temores, além do que o acompanhante toma conhecimento da assistência que ela recebe.⁽³⁷⁻⁴⁴⁾

Outra questão que tem preocupado os pesquisadores e neonatologistas/pediatras, em relação aos índices abusivos de cesarianas eletivas é a prematuridade. A prematuridade é um dos maiores problemas da obstetrícia contemporânea, com índices em elevação em todo o mundo e etiologia multifatorial, mesmo com os avanços terapêuticos e assistenciais. A cesariana não deve ser recomendada como estratégia benéfica rotineira para fetos prematuros.⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

No Brasil tem havido pressão na saúde suplementar no sentido de diminuir os índices de cesarianas, com proposição de reorganização da assistência pré-natal e implantação de práticas que favoreçam o parto normal. A percepção é que um conjunto de fatores de ordem cultural e organizacional devam ser considerados no sentido da reorganização da assistência pré-natal, visando à implantação de práticas que favoreçam o parto normal.⁽⁴⁸⁾

Em todo mundo e particularmente nos países desenvolvidos, a atuação de obstetrites/enfermeiros obstetras é muito valorizada. Esta é a temática que está apresentada a seguir.

1.2.2. Formação e Atuação da Obstetritz/Enfermeiro Obstetra no Brasil

Por séculos a atenção ao nascimento foi considerada uma prática feminina, realizado por mulheres experientes denominadas parteiras no seio da estrutura familiar. No entanto, aos poucos o cenário do nascimento foi se modificando, com o avanço da tecnologia, do progresso científico relacionado aos procedimentos cirúrgicos, à utilização de fármacos, passando a realização

do parto da esfera domiciliar para instituições de saúde, distanciando-se cada vez mais de seu processo natural.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

No Brasil, a partir das escolas de medicina, começaram os cursos de parteiras com melhor formação educacional, pois o costume recorrer às parteiras leigas, ou "comadres", perdurou por muito tempo, depois foram se formando as obstetrias e enfermeiros obstetras. Historicamente, em nosso meio, são dois programas educacionais de formação de não médicos na atenção ao nascimento: o modelo europeu – via direta – que funcionou anexo às Escolas de Medicina ou de Enfermagem, formando *obstetrias* e o modelo americano, como uma especialização na Enfermagem.⁽⁵²⁾

As profissões de parteira, obstetria e enfermeira obstétrica são diferenciadas quanto à origem de formação profissional. Parteira é o título mais antigo, seguido de obstetria, depois enfermeira-obstétrica e mais recentemente enfermeira (o) obstetra. O termo obstetra é adjectivação da titulação de especialista na área e as diferentes denominações mostram as nuances na legislação de ensino e de exercício da profissão.⁽⁵³⁾

A trajetória de formação de não médicos para assistência ao nascimento no Brasil pode ser sintetizada nos seguintes aspectos:⁽⁵⁴⁻⁵⁸⁾

- 1832-1949: a legislação do ensino de parteiras estava contida na legislação do ensino da medicina;
- 1922-1925: aparece a denominação obstetria, com formação junto a Faculdades de Medicina;
- 1949 em diante: as escolas de Enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas;

- década de 60: o Conselho Federal de Educação – CFE – fixa o currículo de 3 anos para os cursos de obstetrícia (2 anos articulados com a Enfermagem e 1 diversificado), com possibilidade de complementação em enfermagem;
- década de 70 em diante: Resolução 4/72: os enfermeiros são formados em cursos denominados de Cursos de Enfermagem e Obstetrícia – 3 ciclos: pré-profissional, profissional (Graduação – mínimo 2500h) e Habilitações (médico-cirúrgica, saúde pública e obstetrícia- mínimo 500h). A formação de enfermeiras obstétricas passa a ser apenas em escolas de enfermagem, em habilitações;
- 1994: Portaria MEC Nº 1721-15/12/1994 – estrutura-se os princípios normativos do novo currículo mínimo para enfermeiros no Brasil. Ocorrem reformulações no currículo, como supressão das habilitações e da denominação Obstetrícia;
- 1996: Lei nº 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – ocorreu mobilização das instituições de ensino no sentido de adequar seus currículos às exigências do CNE;
- 2005 tem início Curso de Graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo- USP Leste e são reacendidas as discussões sobre a formação profissional de não médicos para a atenção ao nascimento no Brasil.

Muitos estudos em todo o mundo ressaltam que é imprescindível a formação e atuação de obstetras/enfermeiros obstetras para o alcance de maiores índices de partos normais. No entanto, é necessário maior

reconhecimento de suas competências, legalidade e valorização de sua atuação na assistência a mulher durante o ciclo gravídico- puerperal.

No Brasil, a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, dispõe sobre o exercício da enfermagem, descreve em seu artigo 11º que além das atividades e competências do profissional enfermeiro, cabe ao titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, a incumbência de: assistir à parturiente e ao parto normal; identificar distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário.⁽⁵⁹⁾

O MS ressalta que o parto normal deve ser estimulado, respeitando a fisiologia natural do parto, resgatando e valorizando a autonomia da mulher.⁽¹⁵⁾ A OMS aponta que 70 a 80% das gestações podem ser consideradas de baixo risco e recomenda que a taxa de cesarianas não exceda a 15%, além de afirmar que o Enfermeiro Obstetra tem o perfil mais indicado para dar assistência ao parto normal.⁽¹⁴⁾ Entretanto, uma pesquisa realizada com profissionais médicos revelou que muitos desconhecem a legislação que ampara o enfermeiro obstetra e a maioria, não sabe definir o papel deste profissional.⁽⁶⁰⁾

Um lugar de nascer que têm despertado o interesse das gestantes em busca da humanização do nascimento são os CPN, seja ele intra-hospitalar peri-hospitalar ou extra-hospitalar. Dadas as características de atenção obstétrica executada pelos enfermeiros obstetras, os CPN são gerenciados por tais profissionais. Muitas parturientes buscam não ter o parto hospitalar oportunidade de ter um parto ativo, uma participação efetiva, com uso de

práticas humanizadoras e de tecnologia apropriada para o nascimento, tudo baseado em evidências científicas.⁽⁴⁹⁾

Várias pesquisas têm mostrado que o cuidado dos enfermeiros obstetras em CPN foi descrito como satisfatório, com competência técnica e humana, que contempla as necessidades, desejos, expectativas e escolhas das mulheres durante o trabalho de parto e parto. No período gestacional, as práticas educativas no pré-natal refletem estratégias de cuidado que permite à mulher escolher e tomar decisão sobre o que é melhor para si, já que o cuidado de enfermagem obstétrica na casa de parto está pautado na humanização, na integralidade e em práticas que promovem o conforto, o protagonismo e a autonomia durante o trabalho de parto e parto.

É sobre os Centros de Parto Normal no Brasil que discorreremos a seguir:

1.2.3. Centros de Parto Normal e Casas de Parto

Nos últimos anos tem havido no Brasil maior divulgação sobre casas de parto e CPN, seja em comunicações científicas publicadas ou em eventos, em diferentes sites na internet e na mídia. Nestas situações discute-se o parto humanizado e a possibilidade de escolhas da mulher entre o parto hospitalar, domiciliar ou em casas de parto ou CPN.

As opiniões divergem entre aqueles que defendem a mudança de cenário do parto e outros que criticam como um retrocesso na assistência ao nascimento. Os que defendem colocam que o CPN é uma aproximação o domicílio e o hospital e favorecem a participação ativa da parturiente. Os opositores dos CPN apontam vários motivos para o parto continuar nos

hospitais e sob a tutela dos médicos: que não é possível qualificar o risco de gestantes, parturientes e puérperas; o perigo do trabalho de parto disfuncional que leva a complicações que devem ser tratadas por médicos e em ambiente hospitalar; que o custo de manutenção de uma casa de parto supera o de atendimento hospitalar no baixo risco e que a tecnologia aplicada ao nascimento foi criada exatamente para dar proteção à mãe e ao filho e não é possível em CPN.⁽²⁾

A seguir faz-se um breve histórico sobre as casas de partos no Brasil, segundo fundamentação teórica apresentada por Hoga, 2001:⁽⁶¹⁾

- No Brasil, até o início do século XX as parteiras atendiam no domicílio das parturientes. Com a imigração de parteiras, em alguns lugares do Brasil foram abertas “casas de maternidade” para assistir a mulheres sem condições de parir em casa, como as escravas, as solteiras ou viúvas e as muito pobres. Mesmo com sua importância social, tais casas eram consideradas desqualificadas, pelas características de sua clientela;
- O discurso para a criação de maternidades começa com a situação da precariedade dos hospitais e com a situação das casas de parto, além da necessidade de haver campos específicos para o ensino médico e formação de parteiras. As primeiras maternidades tinham finalidade de ensino e atenção social. Gradualmente o parto domiciliar passou para o âmbito hospitalar, com modificação da percepção de um processo natural para assumir a conotação de doença. Como consequência, a parteira foi perdendo seu campo de atuação e a representatividade social;

- Enquanto o trabalho da parteira era dificultado, aumentava o número de médicos interessados na assistência obstétrica, na resolução do parto em hospitais e a introdução de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica em obstetrícia. Isto fez com que as maternidades ficassem mais valorizadas e requisitadas pelas pessoas com maior poder aquisitivo;
- Gradativamente foi mudando o lugar do parto do domicílio para os hospitais. No entanto, não havia leitos suficientes para as mulheres mais pobres, pois a maioria era ocupado por mulheres pagantes. Uma solução encontrada foi a proposição de “serviços de Assistência Obstétrica Domiciliar”, vinculados às maternidades e destinados a mulheres pobres e indigentes. O primeiro serviço desta natureza foi criado em 1901, para prestar assistência ginecológica, de pré-natal, no parto e ao recém-nascido, tendo a adesão de médicos voluntários, estudantes de medicina, parteiras e massagistas. Com base nessa unidade outras similares foram propostas, que deveriam estar vinculadas a centros de saúde ou maternidades. A avaliação desses centros de atenção ao nascimento foi positiva, do ponto de vista financeiro, quanto à prevenção de infecção e mortalidade materna e neonatal e também de diminuir o problema da falta de vaga nas maternidades;
- Apesar disso, essas unidades de atendimento obstétrico eram vistas como uma situação provisória, emergencial e gradativamente foi sendo substituído o parto do domicílio para o hospital, inclusive com

a atuação de parteiras no âmbito hospitalar, sendo as atividades dessas casas encerradas na década de 60;

- Nos anos 80 foi implantado o Projeto Casa de parto em 44 municípios da Bahia, com aplicação de ações que incluíam a assistência ao parto normal. A equipe assistencial abrangia enfermeiras obstétricas e atendentes de enfermagem, sendo o trabalho bem aceito pela comunidade adstrita, mas logo foi extinta, sem se saber as causas reais dessa ocorrência;
- Foram implantadas no Estado do Ceará, 40 unidades de atenção primária com vistas a atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal, por iniciativa do professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Dr. Galba de Araújo, Para o atendimento, foram recrutadas parteiras tradicionais e fornecida capacitação, com oportunidade de encaminhamento e colaboração junto a um hospital de referência, nos casos fugiam à ação das parteiras. Este projeto foi muito bem avaliado, com repercussão mundial, destacando as ações do Prof. Galba de Araújo;
- Atualmente existem casas de parto e centros de parto que funcionam anexos aos hospitais ou instalado em locais estratégicos, com participação ativa de enfermeiros obstetras e com maternidade de referência para o deslocamento de parturientes, quando ocorrem situações anômalas;
- As casas de parto atuais estão fortemente vinculadas à atuação de enfermeiras obstetras e à humanização do nascimento. As críticas são muitas, em especial da classe médica, mas também há muito

reconhecimento, das usuárias, seus familiares, do sistema de saúde e inclusive de muitos médicos, até obstetras;

- Nas casas de parto e CPNs é comum a utilização de práticas não medicamentosas para alívio de desconfortos e tensão, durante o trabalho de parto, o que contribui para a humanização do nascimento.

Em 1998 foi implantada pela Fundação Zerbini do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a primeira Casa de Parto vinculada ao projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Programa Saúde da Família. O objetivo principal era o oferecimento de assistência humanizada às mulheres com gestação fisiológica e considerada como referência às futuras casas de parto no Brasil. Confirmando sua importância, o MS instituiu o Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo e seguiu-se Criação de CPN, como unidades de saúde para prestar atendimento humanizado em situações fisiológicas.⁽⁶²⁾

Os pesquisadores sobre Casas de Parto e CPN ressaltam que em diferentes partes do mundo o sistema de atendimento obstétrico em casas de parto e CPN se assemelham quanto a serem unidades obstétricas para atender gestantes, parturientes e puérperas de baixo risco e ser dirigidas por parteiras diplomadas, obstetras ou enfermeiras obstetras, o que aumenta a possibilidade de resolução do parto por via vaginal. Ainda, ficam destacadas as características de atendimento humanizado, que se diferencia do que é comum no ambiente hospitalar e medicalizado, que expõe a mulher e família à violência obstétrica, em especial de desrespeito e exclusão.^(5,61-71)

Ante as considerações e reflexões apresentadas na Introdução e no referencial teórico que sustenta a proposição desta pesquisa, este estudo tem os objetivos que se seguem:

1.3. Objetivos

1.3.1. Geral

Descrever a implantação de um centro de assistência humanizada a parturientes, puérperas e recém nascidos em um hospital escola do interior do estado de São Paulo.

1.3.2. Específicos

- Elaborar e apresentar o Projeto de CPNIH;
- Descrever a trajetória de reestruturação das condições ambientais, sociais e programáticas na unidade proposta;
- Elaborar as normas assistenciais de atenção a gestantes, parturientes, puérperas e recém nascidos à parturiente de baixo risco, pelos enfermeiros obstetras, com vistas à humanização do nascimento.

2. MÉTODO

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Esta pesquisa é de natureza descritiva, do tipo relato de experiência da apresentação do Projeto e Trajetória de Implantação do CPNIH, realizado em um hospital de um município da região noroeste do Estado de São Paulo.

O hospital de implantação do projeto CPNIH é uma instituição de caráter filantrópica utilizada como cenário de prática por cursos técnicos da área da saúde, graduação em medicina, enfermagem, biomedicina e residência médica.

2.2. Área de Abrangência e Local do Estudo

Este estudo foi realizado em um município localizado no interior do estado de São Paulo, na região noroeste. Inclui-se em micro-região da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, organizada em 17 departamentos administrativos (DRS), sendo vinculada à região de São José do Rio Preto denominada como DRS XV.

Trata-se de uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, que atende pacientes do SUS desde outubro de 1926, com 209 leitos e cerca de 7000 atendimentos mensais em diversas especialidades. Em 2010 foi considerado o 33º melhor hospital do estado de São Paulo.

2.3. Questões Éticas

O projeto CPNIH é parte do projeto-mãe intitulado: *“Estudos sobre a Humanização no preparo e assistência para o nascimento e parto e na atenção ao neonato e lactente na atuação do enfermeiro obstetra”*, submetido e aprovado no CEP-FAMERP; Parecer nº 323/2011 e Protocolo CEP nº 3921/2011.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Segundo o Objetivo deste estudo, apresenta-se o Projeto e aspectos da implantação do CPNIH no hospital campo desta pesquisa.

3.1. O Projeto do CPNIH

Em janeiro de 2007, a administração do hospital em estudo solicitou a inserção das enfermeiras obstetras da instituição para atuarem na assistência à parturiente.

Ciente da Portaria do Ministério da Saúde do Brasil n. 985/1999, que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da alta incidência de partos cirúrgicos, da necessidade de mudança no atendimento as gestantes e parturientes e tendo em conta os fundamentos que vínhamos há mais de uma década discutindo na formação de enfermeiros obstetras, em 2008 elaborei um projeto para implantação de um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNIH) com o objetivo de atender a solicitação da instituição adequando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras na assistência ao parto.

Além da fundamentação teórica, busquei subsídios na elaboração do projeto do CPNIH campo do estudo, visitei alguns centros de parto normal no estado de São Paulo, como:

- ✓ Centro de Parto Normal de Alto Risco de Itapecerica da Serra;
- ✓ Centro de Parto Normal da Maternidade Leonor Mendes de Barros;

- ✓ Centro de Parto Normal Amparo Maternal, São Paulo. Cabe destacar que já conhecia o Amparo Maternal por acompanhar estágios em sala de parto, desde 2004.

Em junho de 2008, fui contratada para a coordenação da maternidade do hospital, assim como ocorreu à contratação de duas enfermeiras obstetras, formada na pós-graduação – Especialização em Enfermagem Obstétrica da FAMERP.

Tais enfermeiras foram orientadas para a assistência ao trabalho de parto e parto, contato precoce do bebê pele a pele (mãe/filho) e aleitamento materno na sala de parto.

O Projeto foi elaborado conforme descrito na Portaria No. 985 – 1999, de Centro de Parto Normal intra-hospitalar (ANEXO 1), com a abordagem dos diferentes aspectos incluídos na proposta, como:

- Melhorar a qualidade da assistência ao parto;
- Propiciar a humanização na assistência ao parto e nascimento;
- Dar condições para a participação ativa da parturiente;
- Inserir o enfermeiro obstetra na condução do trabalho de parto e atuação no parto;
- Estabelecer protocolos e normas que repercutam na redução de procedimentos de intervenção desnecessários, no aumento de partos normais, na redução da morbidade materna, fetal e neonatal;
- Inserir na formação de graduandos de enfermagem e medicina, residentes médicos, enfermeiros e médicos neste modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento.

O fluxograma assistencial, considerando as adaptações ambientais necessárias e programáticas é apresentado na Figura 1.

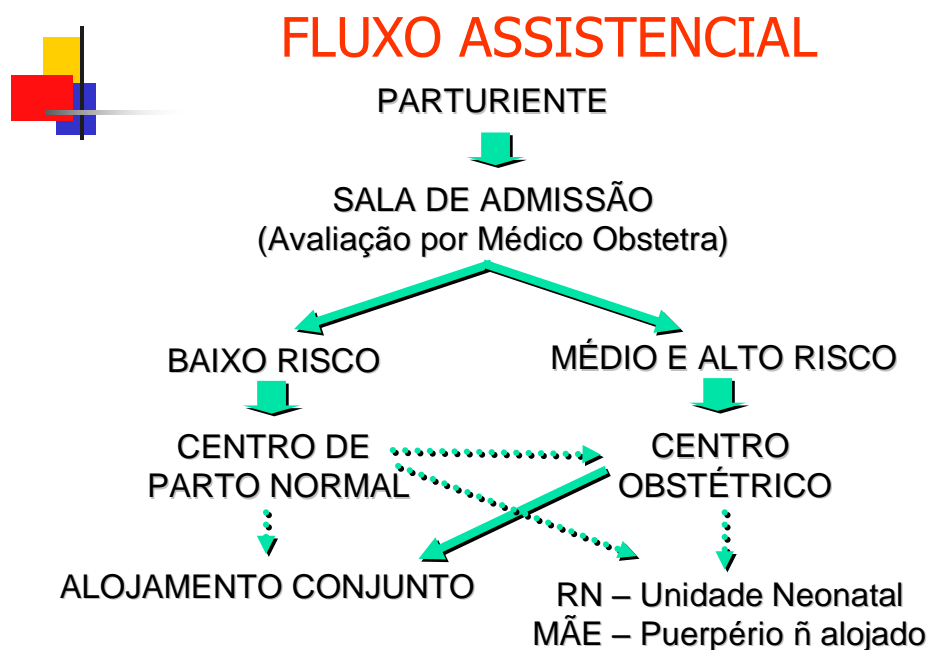


Figura 1. Fluxograma assistencial do centro de parto normal intra-hospitalar.

3.2. A Trajetória para “Implantação” do CPNIH

Em janeiro de 2009, elaboramos as normas e protocolos da maternidade, colocação de cortinas boxes nos seis leitos do pré-parto para privacidade das parturientes.

Em abril de 2010, a reinauguração do centro obstétrico após reforma e adequação da sala de parto, compra da cama PPP; compra de armários para guardar os pertences das parturientes no pré-parto.

3.2.1. Ações com a Gestante no Pré-Natal

No projeto ficou definido que seria importante e necessário que integrasse junto à instituição e o município, para as mulheres atendidas no SUS, as seguintes ações:

- **Reuniões de Grupos** – com descrição dos integrantes, dias, horários, duração e a pauta das reuniões ordinárias, prevendo-se as situações de reuniões extraordinárias;
- **Visita à Maternidade:** definição das estratégias para a participação da gestante e seu acompanhante, segundo interesse de cada uma;
- **Cartilha da Gestante e Puérpera:** elaboração de cartilha com dados diretamente relacionados às atividades propostas no projeto de implementação de um CPNIH

3.2.2. Humanização do Centro Obstétrico

- **Capacitação das enfermeiras obstétricas e da equipe de enfermagem da maternidade:** mais diretamente das duas enfermeiras, de modo a que adquirissem mais segurança nas atividades assistenciais e no atendimento ao trabalho de parto e parto no dia a dia de trabalho;
- **Eliminação de práticas prejudiciais ou utilizadas de modo inadequado, como:** uso rotineiro de tricotomia; cateterização profilática e infusão intravenosa; administração de ocitócitos; jejum até a resolução do parto; falta de privacidade e respeito à intimidade

da mulher; restrição deitada no leito; falta de fornecimento de informações e orientações; falta de acompanhante; monitorização contínua do trabalho de parto; orientação para esforço expulsivo durante o trabalho de parto; pressão do fundo uterino no expulsivo; manobras e estimulação do períneo na fase expulsiva; clampeamento precoce do cordão umbilical;

- **Estímulo às práticas benéficas:** participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto; presença do acompanhante definido pela mulher; fornecimento de informações e orientações a respeito do desenvolvimento do trabalho de parto, dos procedimentos realizados e respostas aos questionamentos feitos; deambulação; movimentação de acordo com seu desejo e como se sentisse confortável; estimular a eliminação urinária e fecal com frequência; alimentação e hidratação a vontade; ações não farmacológicas de alívio da dor e desconfortos no trabalho de parto; avaliações clínicas da vitalidade fetal e condições maternas.

3.2.3. Pré-parto: para Atendimento no Trabalho de Parto

- **Separação dos leitos com cortinas:** foram confeccionadas seis cortinas, separando os leitos, para dar privacidade à mulher, com cadeira para o acompanhante. (ANEXO 2)
- **Cama PPP (pré-parto/parto/puerpério):** para permitir mais privacidade e conforto, além de possibilidade de não deslocar a mulher de unidade;

- **Identificação da parturiente:** pulseira de identificação desde a admissão;
- **Acompanhante da usuária:** adequação ambiental e programática para participação do acompanhante, incluindo fornecimento de alimentação;
- **Uso de práticas não farmacológicas de alívio da dor e desconfortos:** que propiciam conforto e amparo emocional, como massagens, deambulação, terapias hídricas, movimentação da parturiente e uso da bola suíça, “cavalinho”, entre outros;
- **Acompanhante institucional:** participação de voluntárias no sentido de contribuir para ações humanizadoras na diminuição de desconfortos, dor e medo;
- **Sala de Espera:** para familiares e amigos da mulher, disponibilizando poltronas ou cadeiras, revistas, água, café, chá e bolachas.

3.2.4. Sala de Parto

- Acompanhante: orientação do acompanhante como proceder;
- Estímulo ao contato precoce pele-a-pele e olho-a-olho, mãe e bebê, com participação do acompanhante, inclusive nas cesáreas;
- Permanência livre do recém nascido: deixá-lo aquecido e com a mãe no tempo que desejar, desde que as condições maternas e do bebê permitam;

3.2.5. Pós-parto

- **Permanência do acompanhante:** durante o quarto período do parto;
- **Acesso facilitado dos pais à unidade neonatal e ampliação do horário de visitas:** propiciar horários mais flexíveis de visita, considerando as especificidades;

3.2.6. Ações no Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal

- **Organização do atendimento ao recém-nascido segundo necessidades afetadas e prescrição médica:** estabelecer aspectos ambientais, sociais e programáticos;
- **Humanização do ambiente físico:** propiciar condições adequadas para acondicionamento de pertences e de interação social;
- **Liberação da permanência do pai/companheiro;**
- **Conforto para as mães nutrizes:** providenciar poltronas de amamentação ou mais adequadas para o aleitamento materno;
- **Horário de visita para os avôs:** horários especiais e estendidos;
- **Batizados na UTI neonatal e alojamento Mãe-Canguru:** promover e facilitar ações que atendam às necessidades espirituais das usuárias, desde que não comprometam a saúde da mulher ou do bebê, em situações de complicações nas condições do recém-nascido; estabelecer normas ambientais, sociais e programáticas em situações de possibilidade de uso do método canguru.

3.3. Protocolos e Normas

3.3.1. Atribuições do Enfermeiro Obstetra

Objetivo: Prestar assistência à parturiente no parto normal; identificar as distócias obstétricas; realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário.

Descrição:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- Dirigir a equipe de enfermagem na prestação de assistência no CPNIH;
- Proceder à passagem de plantão junto da mulher, com prontuário em mãos;
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante;
- Abrir e finalizar o partograma, com linha de alerta e ação para mulheres com verdadeiro trabalho de parto;
- Identificar as distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir da linha de ação;
- Solicitar avaliação do médico obstetra, na presença de distócia diagnosticadas, de alterações do quadro clínico materno e alterações nas condições fetais;
- Verificar padrão das contrações uterinas de hora em hora;

- Auscultar intermitentemente os batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos e a cada 15 minutos na fase ativa do trabalho de parto;
- Realizar cardiotocografia sempre que na ausculta fetal intermitente for detectada alteração e/ou após início de condução e indução do trabalho de parto;
- Realizar com a parturiente prescrição interativa de medidas de conforto;
- Rever as medidas de conforto e as condições da parturiente de hora em hora;

3.3.2. Protocolos de Medicações

É de fundamental importância para a segurança e higiene do binômio mãe-bebê que o profissional responsável pela assistência possua respaldo legal para prescrever medicações e solicitar exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos, necessários à prevenção e evolução CPNIH.

3.3.2.1. Uterotônicos

- **Para indução ou condução do trabalho de parto.**

Esquema 1 – Ocitocina

Uma ampola 05 UI em soro glicosado 5% de 500 ml. A prescrição do gotejamento será feita conforme protocolo de indução, considerando a dinâmica uterina e fase do período de dilatação do parto.

- **Para administração profilática no quarto estágio do parto.**

Esquema 1 – Ocitocina

Soro glicosado a 5% 500 ml + ocitocina de 10 a 20 unidades IV infundidos numa dose suficiente para controlar o sangramento. Contra indicado para pacientes com asma.

- **Para controle de hemorragia pós-parto – (sempre solicitar a presença do médico).**

Nas puérperas que apresentarem contração uterina ineficaz após a saída da placenta, com perda de quantidade maciça de sangue (atonía uterina).

Esquema 1 – Ocitocina

Ocitocina – 10 UI Intramuscular

Esquema 2 – Ergotrate

Ergometrina ou Metilergonovina – uma ampola IM (0,2 mg) – caso a ocitocina não controle o sangramento aumentado no pós-parto. Contra indicado para pacientes com hipertensão arterial ou histórico de cardiopatia. Verificar a pressão arterial antes de administrar esse fármaco.

Esquema 3 – Prostokos

Misoprostol – 1 comprimido de 200 mcg juntamente com esquema 1, no fundo do saco vaginal posterior ou via retal.

- **Para Pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia**

Sempre solicitar a presença do médico e adotar as condutas necessárias, conforme protocolo. Disponibilizar material para atendimento de emergência no quarto e rede de gases preparada para oxigenação e ou aspiração das vias aéreas.

Esquema 1 – Sulfato de magnésio (anticonvulsivante)

Dose de ataque – sulfato de magnésio (MgSO₄) a 50% - 8ml Água destilada 12 ml realizar IV, lentamente, durante 20 minutos.

Antídoto para MgSO₄ – gluconato de cálcio a 10% (10 ml = 1g)

Em caso de parada respiratória, fazer IV lentamente (acima de 3 minutos).

Deixar preparado ao lado do leito.

3.3.2.2. Analgésicos e Antitérmicos

Devem ser prescritos, se necessário, para os casos de dor de Tortus, algia local de lacerações ou episiorrafias.

Esquema 1 – Paracetamol

Paracetamol 30 gotas ou 1 comprimido via oral a cada 6 horas.

Esquema 2 – Dipirona

Dipirona sódica 30 gotas ou 1 comprimido via oral a cada 6 horas.

3.3.2.3. Complemento de Ferro

Será prescrito às puérperas que apresentarem sinais clínicos de anemia, como mucosas descoradas ou hipocoradas e/ou com sangramento no quarto período.

Esquema 1 – Sulfato ferroso

Sulfato ferroso 1 comprimido via oral 30 minutos antes do almoço e jantar.

3.3.2.4. Antiemético

Esquema 1 - Metoclopramida

Metoclopramida 1 ampola de 2 ml em soro glicosado a 5% de 500 ml.

3.3.2.5. Antiinflamatório

Esquema 1 – Diclofenaco sódico

Diclofenaco sódico 1 comprimido 50 mg via oral a cada 8 horas, após o parto, quando houver episiotomia ampla ou suturas múltiplas.

3.3.2.6. Antibióticos

Profilaxia e terapêutica das doenças materno-fetais e neonatais.

Seguir as rotinas do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).

Prevenção de sepse neonatal por EGB:

- Mãe com história prévia de recém-nascido com doença invasiva por Estreptococos do grupo B (EGB);
- Bacteriúria por EGB durante a gestação;
- Cultura retal e/ou vaginal positiva para EGB colhida entre 35^a e a 37^a semanas de gestação;
- Amniorrexe prematura maior que 6 horas;
- Sinais clínicos e/ou sugestivos de quadro infeccioso (febre, hipotensão, mal-estar, fisiometria, leucocitose): comunicar plantão médico.

Esquema 1 – Ampicilina

Dose de ataque – 2 g IV.

Manutenção – 1 g IV de 4 em 4 horas até o parto.

Esquema 2 – Penicilina G cristalina

Dose de ataque – 5.000.000 UI IV

Manutenção – 2.5000.000 UI IV a cada 4 horas até o parto.

Alergia à penicilina – Clindamicina.

Clindamicina 900 mg IV a cada 8 horas até o parto.

3.4. Protocolo para Solicitação de Exames Laboratoriais

Os seguintes exames poderão ser solicitados no CPNIH, quando necessários:

1. VDRL.
2. HIV (teste rápido e sorologia).
3. Tipagem sanguínea Rh e Teste Antiglobulina Indireto.
4. Hemograma (Hb, Ht, leucograma).
5. Urina tipo I.
6. Glicemia.
7. Urocultura.
8. Proteinúria.

3.5. Norma para Admissão e Acompanhamento da Parturiente no Trabalho de Parto

Objetivo: Acolher a parturiente, identificar através da anamnese, exame físico e exames complementares a fase do trabalho de parto para estabelecer o planejamento das ações.

Descrição do procedimento

- Admitir a parturiente acolhendo à mesma e seu acompanhante;
- Deixá-la confortável para proceder a anamnese;
- Realizar a anamnese, questionando suas queixas;
- Identificar a idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), considerando o primeiro dia da data da última menstruação (DUM), bem como antecedentes pessoais, familiares, obstétrico e exames do pré-natal;
- Realizar exame físico geral, obstétrico e cardiotocografia;
- Após 6 horas de bolsa rota iniciar esquema de antibioticoterapia conforme protocolo da instituição;
- Proceder ao preenchimento do impresso padronizado e fazer as anotações necessárias;
- Acomodar a parturiente no leito, verificar se a mesma já se alimentou;
- Mostrar as dependências do setor;
- Estabelecer as ações para a fase do trabalho de parto em que a parturiente se encontrar;
- Conduzir o trabalho de parto, aplicando técnicas humanizadas;

- Realizar a amniotomia quando houver a necessidade de acelerar o trabalho de parto, observando a dilatação cervical (pelo menos 6 cm) e feto insinuado, ou necessidade de observação do líquido amniótico (suspeita de sofrimento fetal);
- Abrir o partograma na fase ativa do trabalho de parto e seu registro em impresso próprio;
- Na presença de distócias identificadas por meio da observação das curvas de dilatação cervical e de descida da apresentação demonstradas no partograma, o enfermeiro obstetra deverá solicitar avaliação médica, devendo tomar providências para prevenir alterações que possam surgir em decorrência da falta de contração, da necessidade de romper as membranas, da dificuldade de rotação interna, entre outras intercorrências.

3.6. Norma para Condutas Humanizadas no Trabalho de Parto e Parto

Objetivo: Promover a humanização durante o trabalho de parto através de métodos não farmacológicos de alívio da dor favorecendo na progressão do trabalho de parto e no parto.

Descrição do procedimento

- **Dieta:** dieta leve ou líquida (sopa, sucos, chás, água, bolacha e pão), desde a internação;
- **Banho:** deve ser estimulado tanto o de aspensão como o de imersão.

- **Deambulação:** estimular deambulação e movimentação ativa; anotar o tempo de deambulação estimulada;
- **Massagem:** realizada pelo enfermeiro obstetra ou pelo acompanhante, depois de orientá-lo, em pontos de tensão, para promover relaxamento. Os pontos de massagem são nas regiões lombo-sacra, nuca e pernas. Considerar o desejo e solicitação da parturiente quanto aos locais de massagem;
- **Movimento:** Deve ser estimulado durante a deambulação, com movimentos de balanceio pélvico, passos de dança, abaixamento e levantamento; posição de cócoras;
- **Diurese:** estimular frequência na eliminação urinária;
- **Evacuação:** estimular eliminação fecal na fase ativa do trabalho de parto;
- **Respiração:** orientar e estimular a respiração espontânea, pausada e profunda durante as contrações;
- **Posição no parto:** a posição deverá ser livre em todo o trabalho de parto; orientar a parturiente sobre posições de maior conforto;

3.7. Norma para Encaminhamento da Puérpera para o Alojamento Conjunto

Descrição do procedimento

- Monitorar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora pós-parto;

- Fazer a palpação do fundo uterino, observando o tônus (globo de segurança de Pinard);
- Avaliar a quantidade do sangramento uterino;
- Avaliar as condições da episiorrafia (edema, hematoma, sangramento);
- Colocar gelo no períneo quando necessário (reduz o edema e a dor);
- Encaminhar a puérpera de maca para o alojamento conjunto, após avaliação clínica e obstétrica do quarto período clínico do parto.

3.8. Norma para Inserção do Acompanhante Durante o Trabalho de Parto e Parto

Objetivo: Inserir o acompanhante escolhido pela parturiente para suporte emocional durante o trabalho de parto e parto.

Descrição do procedimento

- Cabe à equipe incentivar e inserir o acompanhante escolhido pela mulher no trabalho de parto e parto;
- No momento da entrada no CPNIH o enfermeiro obstetra deverá valorizar sua presença;
- Deverá ser explicada para o acompanhante a distribuição e organização do CPNIH, o espaço que deverá ocupar durante o trabalho de parto e parto, a proibição do uso de celulares e o tempo de permanência no CPNIH, ficando restrita a troca frequente de acompanhantes;

- Orientá-lo a incentivar a mulher para respirar durante as contrações e a relaxar, realizando uma respiração profunda após as contrações;
- Massagear a região lombo sacra ou onde a mulher preferir nos intervalos das contrações;
- Orientá-lo a incentivar a mulher para respirar durante as contrações e a relaxar, realizando uma respiração profunda após as contrações;
- Massagear a região lombo sacra ou onde a mulher preferir nos intervalos das contrações;
- O acompanhante deverá permanecer junto à mulher durante as caminhadas e nos banhos terapêuticos;
- Esclarecer ao acompanhante a respeito das mudanças de comportamento que a parturiente possa apresentar;
- Informar a respeito da evolução do trabalho de parto e o que se espera em cada fase e os motivos de todos os procedimentos realizados, solicitando apoio quando necessário;
- Se o acompanhante for uma doula, deverá ficar estabelecido o seu papel de suporte emocional, sendo da equipe a responsabilidade do cuidado com a parturiente.

3.9. Norma para Realização do Exame de Cardiotocografia

A cardiotocografia tem como finalidade verificar a vitalidade fetal através de registro gráfico da frequência cardíaca fetal e simultaneamente, da movimentação do concepto e/ou das contrações uterinas.

Descrição do procedimento

- Verificar se a parturiente está em jejum, oferecer dieta quando necessário;
- Solicitar para a parturiente esvaziar a bexiga antes da realização do exame;
- Orientar a parturiente a ficar na posição de decúbito dorsal;
- Realizar a manobra de Leopold;
- Colocar o transdutor para registro das contrações uterinas (sem gel) na região do fundo uterino e o transdutor da frequência cardíaca fetal na região do dorso fetal (utilizando o gel);
- Solicitar para permanecer na posição de decúbito lateral esquerdo durante a realização do exame;
- Ao término do exame retirar os transdutores e as cintas deixando o cardiotocógrafo em ordem;
- Identificar o exame com o nome completo da parturiente, data e horário e fixá-lo no prontuário.

3.10. Protocolo para Realização da Episiotomia Seletiva e Episiorrafia

- Definir as indicações da episiotomia;

3.10.1. Técnica da Episiotomia

- Preferir a anestesia local obtida apenas com a infiltração do períneo, por ser suficiente e não aumentar o risco de complicações. Com

uma seringa e agulha 30x7 faz-se a infiltração de pequenos volumes de anestésicos no local da episiotomia, evitando-se a injeção intravascular, bem como a aplicação do anestésico em um único local.

- Pode-se realizar a episiotomia com tesoura ou bisturi. Nesse último caso, a lâmina de bisturi secciona somente a pele e subcutâneo, resultando em uma incisão reta e sem interrupção. A seguir, completa-se, a episiotomia com a secção da mucosa vaginal e músculos com a tesoura.
- Usar tesoura reta; se curva, orientar a curvatura da tesoura sempre para cima, a fim de não dirigir a incisão para o reto.

3.10.2. Técnica da Episiiorrafia

- Eliminar todo o espaço morto;
- Aposição anatômica cuidadosa sem pontos sob tensão indevida;
- Hemostasia, especialmente, no ângulo da incisão vaginal;
- Na sustentação adequada no plano dos lábios menores e corpo perineal;
- Um mínimo de fios e nós.
- No início do procedimento, realizar revisão do canal vaginal;
- A episiiorrafia na mucosa deverá ser feita com pontos contínuos ancorados, até a fúrcula, e pontos separados no músculo e na pele;
- Após a episiiorrafia retirar o tampão vaginal, se houver necessidade de utilizá-lo;

- Orientar e prescrever exercícios perineais – 30 séries, 2 vezes ao dia;
- Orientar a higiene e auto cuidado com os pontos;
- Orientar a abstinência sexual nos primeiros quarenta dias após o parto;
- Outra técnica que pode ser realizada na episiorrafia é a sutura contínua com categute simples;

3.10.3. Técnica da Sutura Contínua com Categute Simples

- Iniciar o procedimento no ângulo da mucosa, com fio categute simples 2.0, usando sutura contínua ancorada até a fúrcula;
- A seguir, dar uma laçada para travar os pontos sem cortar o fio;
- Deixe o fio de lado e passe para o fio categute 1.0 para fechar os planos musculares em pontos separados (2 ou 3 no máximo);
- Retomar o fio 2.0 da fúrcula, e com a sutura contínua não ancorada fechar o subcutâneo e pele, terminando na fúrcula novamente;
- Um cuidado na sutura é a sua realização o mais cedo possível após o trauma. É recomendado iniciá-la antes mesmo da dequitação, providência que reduz a perda sanguínea peripartal e traz outras vantagens:
- Diminui o tempo de exposição da ferida cirúrgica à contaminação;
- Permite melhor visualização da área a ser suturada (a placenta funciona como um tampão natural);

- Desestimula o uso de manobras extrativas, como toques (que aumentam a contaminação do canal de parto) e trações (que podem favorecer a inversão uterina).
- Na técnica de sutura, evitar o uso de pinças dente de rato para a apresentação dos planos, bem como a secagem excessiva da área, uma vez que tais manobras aumentam o trauma local.

3.11. Os Períodos seguintes na implantação do CPNIH

No ano de 2011:

As duas enfermeiras obstetras foram designadas para atuarem no alojamento conjunto e parte administrativa da maternidade, ficando mais afastadas da assistência às parturientes. Apenas eu, como coordenadora, ficava no período das 7 às 12 horas, de segunda a sexta-feira, atuando no pré-parto.

Neste ano foram comprados mais um Sonar Doppler, e um novo cardiotocógrafo.

No ano de 2012

Reestruturação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no alojamento conjunto.

No ano de 2013

No final de 2013 pedi demissão da coordenadoria da maternidade, ficando afastada da maternidade de dezembro de 2013 a janeiro de 2014.

No ano de 2014

Fui convidada pela Diretora da Faculdade de Medicina de Catanduva para acompanhar os estágios do 5º e 6º ano de medicina no pré-parto e sala de parto do hospital Padre Albino, atuando no acompanhamento de parturientes no trabalho de parto, parto e puerpério. Minha contratação na instituição passou a ser junto ao curso de medicina.

No final deste ano o departamento pessoal disponibilizou 6 vagas para contratação de enfermeiros obstetras, mas não houve candidatos.

No segundo semestre de 2014, começaram as reuniões com a administração do hospital e chefia da maternidade, no sentido de estabelecer convênio com o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do CEDESCOP/FAMERP, com vistas a ser campo de estágio para esta especialização.

No ano de 2015

- Em março deste ano teve início os estágios da especialização em enfermagem obstétrica CEDESCOP/FAMERP;
- Estão sendo discutidas com a chefia médica da maternidade as

condições para o desenvolvimento efetivo do CPNIH proposto;

- Discute-se a adequação do projeto para a real implementação do CPNIH, nos pontos destacados no projeto;
- Discute-se com a administração a adequação da área obstétrica da maternidade do hospital, segundo as normas da Rede Cegonha.

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

4.1. Reflexões e Evidências Científicas que Conduzem à Importância de Organização e Implantação de Centro de Parto Normal no Brasil

As questões que norteiam a situação do nascimento e o parto no Brasil são discutidas há décadas, em especial considerando as distorções no atendimento obstétrico que repercutiram em índices abusivos de cesáreas e desumanização na assistência no decorrer do ciclo gravídico puerperal, que exigiram a intervenção de órgãos e setores no Brasil, no âmbito federal, estadual e municipal e de iniciativas privadas, que resultaram no estabelecimento de políticas públicas, inclusive aquelas diretas ou indiretamente relacionadas aos Centros de Parto Normais.^(15,16,72,73)

Rattner⁽⁴⁹⁾ faz uma ampla explanação sobre as políticas públicas na atenção ao nascimento e parto no Brasil, destacando de modo cronológico a atuação governamental e os movimentos sociais:⁽⁴⁹⁾

- no início da década de 1990 ocorreram vários movimentos pela humanização do nascimento no Brasil, com a participação de ativistas revelando a inadequação do modelo de atenção e as experiências exitosas de assistência humanizadora no processo do nascimento. Foram destacadas experiências pioneiras de – Galba de Araújo (Ceará), Moisés e Cláudio Paciornik (Paraná), Hugo Sabatino, do Grupo de Parto Alternativo na Universidade Estadual

de Campinas (São Paulo), e Caldeyro-Barcia no Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP/OPAS/OMS, Uruguai e iniciativas isoladas de humanização ao nascimento se institucionalizando no Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte), no Hospital São Pio X (Ceres, Goiás), entre outras;

- A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foi pioneira na implementação de assistência obstétrica humanizada como política pública, denominando em 1994 a Maternidade Leila Diniz como hospital-laboratório de novas práticas de atenção. O Rio de Janeiro também foi pioneiro ao publicar resolução que determinava a obrigatoriedade nos hospitais municipais de acompanhante de escolha da mulher, no trabalho de parto e parto;
- Em 1996 as críticas ao excesso de intervenções resultam em publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de recomendações sobre tecnologias para atenção ao nascimento e parto (NeP). As práticas são classificadas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada;
- No final de 2007 é feita ampla parceria entre governo e sociedade civil, fundamentado particularmente no mote do Conselho Federal de

Medicina (CFM) "**Natural é parto normal**". Foi feito um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas;

- em maio de 1998, o Ministério da Saúde adota medidas no sentido de alcançar mudanças no modelo de atenção obstétrica instituído, como: pagamento de analgesia no parto vaginal; aumento em 160% na remuneração do parto vaginal. Para coibir o abuso das cesarianas no SUS, a Portaria 2816/1998 estipula normas para pagamento de cesarianas aos hospitais, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000;
- em 2000 é adotada a Portaria 466/2000, que instituiu o *Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea*, dando responsabilidade às gestões estaduais no monitoramento dos hospitais;
- a denominação *Humanização* somente será adotada oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN. Este termo foi adotado no sentido de *equidade/cidadania*: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. Também foi previsto estímulo financeiro aos municípios para que qualifiquem seu pré-natal e hospitais que garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN;
- com a Portaria 985/1999 são criados os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS e a linha de financiamento para construção e/ou

equipamento de CPNs. Pela Portaria 2815/1998 será prevista a remuneração de enfermeira no atendimento ao parto eutócico;

- a partir de 2002 serão financiados cursos de especialização em enfermagem obstétrica, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA);
- nos primeiros anos do século XXI ocorrem várias iniciativas no Brasil para a humanização do nascimento e aumento dos índices de partos normais: em 2003, em convênio com o Hospital Sofia Feldman foi instituído o Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias; são publicadas normas técnicas sobre pré-natal normal, de alto risco, parto normal, urgências e emergências obstétricas (parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo e Associação de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas - Abenfo); é feita a tradução das recomendações da OMS em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde; é lançada a Cartilha dos Direitos da Gestante (parceria com o movimento de mulheres), o Livro da Parteira (parceria com a ONG Grupo Curumim), além da Agenda da Gestante, com orientações sobre gestação e atendimento; foram produzidos e distribuídos: material instrucional 'Parto e Nascimento'; os vídeos 'Um dia de vida' (2004);
- A partir de 2004, para sensibilizar e capacitar profissionais de saúde nesse novo modelo, o MS promoveu trinta Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas em todos os estados; O programa incluiu apresentações

e debates sobre: políticas do MS; fundamentos éticos e filosóficos da assistência; práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas; avaliação crítica do tipo de parto (vaginal e cesáreo); atenção ao parto nos diferentes estágios; atenção puerperal; assistência às principais causas de óbito materno: eclampsia, hemorragia e infecção; prevenção da transmissão vertical do HIV, hepatite e sífilis; assistência ao recém-nascido normal e de risco; atenção humanizada à mulher em situação de abortamento e pós-aborto; assistência à gestação em adolescentes; e depressão puerperal, entre outros.

As reflexões, debates, divulgações em eventos científicos e publicações, iniciativas e estratégias visando modificações no modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil foram se multiplicando após os anos 2000, em especial de 2005 a 2015, enfatizando-se as questões morais, éticas e legais relacionadas. Ficam destacadas nas discussões sobre as possibilidades de aumento de partos normais e humanização do nascimento, a inserção da assistência pelo enfermeiro obstetra, a implantação de centros de parto normal e a capacitação dos profissionais para atuarem segundo as boas práticas obstétricas e nascimento seguro. ^(1,2,6,8,10,13,20,24,28,29,32,34,36,38,42,43,48-51,70,74-78)

Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, 2014 indicam a urgência em reformar o modelo de atenção ao parto e o nascimento no país, tendo em vista que muitos dos desfechos adversos identificados apresentam associação com problemas na qualidade da assistência. De acordo com essa pesquisa, as mulheres de nível social mais elevado sofrem maior número de intervenções

obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz com menos de 39 semanas de idade gestacional. As mais pobres atendidas no setor público via de regra estão submetidas: a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida; têm os piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, revelando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país.⁽⁷⁶⁻⁸⁰⁾

Os movimentos sociais têm sido muito importantes na luta pela atenção humanizada ao nascimento. São mais conhecidos os seguintes: ReHuNa (Rede de Humanização do Nascimento), criada em 1993, inspirada nas idéias de Frédérik Leboyer e Michel Odent; Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas; Cais do Parto, de Pernambuco; Casa de Partos "Nove Luas", Lua Nova, no Rio de Janeiro; Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem CIEPH de Santa Catarina; Rede de Defesa da Espécie Humana – REDEH, no Rio de Janeiro; SOS Ação-Mulher Família, de São Paulo; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo; Grupo Curumim, de Pernambuco, além de instituições de ensino e de saúde como Hospital São Pio X, de Goiânia; Instituto Aurora de Yoga e Terapias, no Rio de Janeiro; Instituto de Saúde, em São Paulo; Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no Ceará; Maternidade Odete Valadares, em Minas Gerais; Prefeitura Municipal de Campinas – Puccamp, São Paulo e Universidade Federal de Santa Catarina.⁽⁴⁹⁾

O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar diversos significados, mas, a partir de sua aplicação ao contexto da assistência

obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos.^(2,6-13, 70-73,76-91)

No contexto da humanização, desde que não sejam identificados riscos que prejudiquem a saúde e o bem estar da mulher e do concepto é necessário resgatar para a gestante/parturiente e puérpera: liberdade de opção e participação; o direito de escolher como e onde quer ter seu bebê; a individualidade da parturiente para sentir-se segura; a presença de um acompanhante de sua escolha no pré-parto, sala de parto e pós-parto; ter o contato imediato com seu filho, estimulando-se o aleitamento materno o mais precoce possível; conhecer a visão dos profissionais de saúde acerca da assistência humanizada ao parto e nascimento, de forma a suscitar discussões sobre o cuidado atual no processo da parturição.⁽⁸⁷⁾

Têm sido divulgado em todo o mundo as características de atendimento prestado por obstetizes e enfermeiros obstetras na assistência ao nascimento: são mais atenciosos, pacientes, informativos, cuidadosos e afetuosos, contribuindo para maior satisfação com o parto.⁽⁸⁷⁾ É o que discorreremos a seguir.

4.2. (Re)Reflexões e Evidências Científicas sobre a Atuação de Obstetrites/Enfermeiros Obstetras na Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil

No Brasil, ao se discutir as distorções na assistência obstétrica que se multiplicou ao longo do tempo, fato que tem sido destacado na região da DRS XV, que inclui a cidade campo deste estudo, aborda-se quem pode quem deve e o que pode fazer cada um. A problemática maior diz respeito ao acompanhamento do trabalho de parto e parto. Os profissionais/ocupacionais reconhecidos ou que têm sido mencionados no Brasil, com participação direta ou indireta durante o ciclo gravídico-puerperal são:⁽²⁾

- *Médico obstetra*: com especialização na área de ginecologia e obstetrícia, é profissional liberal e pode atender a mulher em todos os cenários do nascimento e parto. Podem atuar como contratados, conveniados ou atender a pacientes particulares, decidindo no sistema privado como será sua atuação, enquanto no público atua geralmente na forma de plantão;
- *Médico pediatra-neonatologista*: com especialização em pediatria/neonatologia, atuando em sala de parto na recepção e cuidados imediatos ao recém-nascido;
- *Médico Anestesta*: com especialização em anestesiologia, encarregado da analgesia-anestesia obstétrica;
- *Enfermeiro Obstetra*: com graduação em enfermagem e especializado na área de obstetrícia. Têm competência e

qualificação legal para atender ao parto normal e na atenção a mulheres na gestação, parto e puerpério, assim como no cuidado com recém-nascidos, encaminhando ao médico os casos que apresentam intercorrências;

- *Obstetrix*: profissional formado especificamente na área de obstetrícia, estando incluída na categoria dos trabalhadores de enfermagem junto ao Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Têm funções e qualificações semelhantes à do enfermeiro obstetra. Em várias partes do mundo são as conhecidas parteiras “midwives” ou “sage-femmes”, responsáveis pelos partos de baixo risco, tanto domiciliares quanto em centros de partos normais e hospitais;
- *Doula*: são as chamadas acompanhantes de partos, que dão apoio físico, afetivo e emocional para parturientes, usando técnicas de massagem, relaxamento e de conforto. Não podem assumir qualquer ação clínica, sendo contratada especificamente pelo casal;
- *Parteiras*: conhecidas como as parteiras tradicionais, aprenderam seu ofício na prática, geralmente com parteiras mais experientes e atuam de forma expressiva em algumas regiões mais carentes do Brasil;
- *Preparadoras e educadoras perinatais*: são pessoas que atuam na orientação de mulheres na preparação para o parto e têm formação variada: enfermagem, psicologia, fisioterapia, educação física. Algumas abordam o condicionamento físico e exercícios, outras questões emocionais, outras os cuidados diretos com o recém-nascido;

Enfermeiras: estão presentes nos partos hospitalares, mas não realizam os partos, além de atuarem em berçário, puerpério e em unidades de atendimento a gestantes e recém-nascidos.

No Brasil, o enfermeiro obstetra/obstetriz tem autonomia para assistir à mulher no decorrer do ciclo gravídico – puerperal e sua prática é legitimada ética e legalmente, mas enfrenta muitos problemas junto à classe médica para atuar na condução do trabalho de parto e no parto. Muitas vezes há impedimentos velados e preconceito por gestores de instituições de saúde e da equipe médica, por meio de violência verbal e de suas derivações, gerando implicações negativas para a qualidade da atenção e sua prática e inclusive para a permanência deste profissional na instituição.^(2,60,92-96)

O projeto Midwifery visa alcançar o caráter fisiológico no parto, para que a mulher tenha uma vivência positiva sem traumas e sem intervenções desnecessárias. É reforçado o conforto físico e psicológico, com uso de medidas não medicamentosas de alívio da dor e desconfortos. O medo e insegurança das mulheres no processo da parturição é considerado e buscam condições mais favoráveis para o nascimento.⁽⁸⁷⁾

O atendimento diferenciado prestado pelo enfermeiro obstetra na atenção ao parto tem propiciado o reconhecimento das usuárias e acompanhantes, mas a resistência da classe médica representa o grande impedimento para sua atuação. Mesmo com os confrontos e conflitos, os cuidados que prestam na condução do parto revelam-se mais humanistas e têm mostrado que resultam em maiores possibilidades de resolução natural do parto e índices maiores de partos normais.^(2,87-91)

Os confrontos e conflitos existentes na assistência ao parto por enfermeiro obstetra envolvem aspectos de dominação e poder por parte da equipe médica, mas é inquestionável o maior enfoque de humanização do parto na sua assistência por enfermeiro. Mesmo com respaldo legal e ético, a assistência ao parto por enfermeiro obstetra é motivo de conflitos, em especial no que se refere aos limites de atuação do enfermeiro e do médico. É importante colocar em pauta tais conflitos, identificando-os e discutindo-os e deve-se investir no trabalho em equipe e dispor de protocolos claros, definindo limites de responsabilidades, segundo área profissional.^(2,60,74,92-101)

Mesmo com as dificuldades enfrentadas, geralmente o enfermeiro obstetra que atua na atenção a parturientes, realiza ações diretas e passivas (observando, protegendo); indiretas (administrando) e com participação mais efetiva, buscando preservar a autonomia e protagonismo da mulher, oferecendo cuidado solidário, humanístico, mas sem perder a qualidade da assistência.^(2,91,98)

Em estudo qualitativo investigou-se a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal (PN) hospitalar, sendo a análise de competência profissional embasada em referenciais que a definem como a capacidade de mobilizar diferentes conhecimentos e resolver os problemas da prática. Para as participantes, a competência para atender o PN hospitalar é multidimensional, mas a dimensão técnica gera inseguranças, decorrente da falta de espaço para atenderem ao nascimento, devido a conflitos e confrontos com a equipe médica. Nas situações que vivenciam no

cotidiano de trabalho os enfermeiros obstetras devem buscar não só a competência técnica, mas também ético-política.⁽⁹⁵⁾

Em todo o ciclo gravídico puerperal pode ficar destacada a atuação do enfermeiro obstetra. No entanto, se não tem a especialização em enfermagem obstétrica, é comum que enfermeiros que atuam na atenção a puérperas tenham sua prática voltada para o gerenciar das ações de enfermagem, segundo as teorias clássicas de administração. Então, a assistência fica marcada pelo biologismo; há ausência da investigação no processo de trabalho; as práticas educativas são baseadas no modelo de saúde tradicional e há carência de ações de educação permanente.⁽⁷⁵⁾

Quanto à assistência puerperal no enfoque da saúde coletiva, também são constatadas muitas deficiências. É comum em visitas domiciliares que o enfermeiro dirija sua atenção ao bebê e negligencie a mulher. De modo geral presta cuidados ao recém-nascido e orientações sobre como assisti-lo e acerca de ações de contracepção.⁽¹⁰³⁾

Ao longo do tempo obstetras e enfermeiros obstetras foram perdendo lugar na atuação profissional na área, com insatisfação profissional e evasão do exercício da profissão no Brasil. Tal situação foi amplamente divulgada em eventos e publicações científicas, mostrando as dificuldades de trabalho na atenção a parturientes, por confrontos e conflitos com a equipe médica.^(1,2,8,31,74,94-102,104)

Só é possível entender as dificuldades apresentadas pela equipe médica contra a atuação de enfermeiros obstetras do ponto de vista corporativista, já que as evidências científicas mundiais são irrefutáveis quanto ao papel que os

enfermeiros obstetras, obstetrias e profissionais não médicos de categoria assemelhada, em outras partes do mundo, assumem na humanização do nascimento e de maior resolução do parto normal/natural.⁽²⁾

A temática de discussão põe em destaque os diferentes focos da humanização do nascimento e da retomada da profissão de obstetrix, além de destacar a carência e dificuldades de profissionais não médicos para a atenção ao parto no Brasil. Em todo o mundo tem ficado ressaltado a importância da participação do enfermeiro obstetra na atenção ao nascimento e no parto normal, como acontece em todos os países, principalmente os mais desenvolvidos, reservando ao médico a atuação nas complicações, todos atuando de forma compartilhada.

Embora ainda incipiente no Brasil, a atuação da enfermagem obstétrica, inclusive no âmbito de Centros de Partos Normais e Casas de Partos, tem merecido reconhecimento pelo seu impacto positivo na melhoria dos resultados de atenção ao nascimento e mostra-se decisiva para a mudança na forma de nascer no Brasil.

Para o alcance desta realidade são necessárias mudanças no comportamento dos profissionais médicos para melhor integração com a enfermagem obstétrica; melhorias na formação profissional de médicos e enfermeiros; estudos que destaquem as infrações ético-legais relacionadas às diferentes formas de violência obstétrica que se perpetuam no Brasil e atuação profissional segundo as características de qualificação e legalidade de cada área profissional.

Chama a atenção no Brasil o fato de associações médicas e muitos obstetras defenderem intervenções que não têm respaldo científico e dificultar o trabalho de enfermeiros obstetras na atenção a mulheres no decorrer do ciclo gravídico – puerperal, em especial no trabalho de parto e no parto de mulheres de baixo risco obstétrico. Pior, as evidências científicas sobre o manejo do parto são publicadas desde o final da década de 90 e mesmo assim não são respeitadas na assistência ao parto. É o que discorreremos a seguir.

4.3. Reflexões sobre a Tecnoocracia, Intervenções e Boas Práticas Obstétricas na Atenção ao Parto e Nascimento no Brasil

A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento representam as ações de maior impacto na prevenção de agravos e, conseqüentemente, na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. Iniciativas do Ministério da Saúde do Brasil como a elaboração de manuais técnicos e outros materiais educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica brasileiro que é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo.^(49,98)

Em 1985, uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas. Após discutir as

evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.⁽⁴⁹⁾

Estas recomendações representam o rol de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e devem ser adotadas por todos os serviços que atendem ao parto. A não adoção de práticas cientificamente comprovadas como benéficas e protetoras para a vida das mulheres e bebês não se justifica, pois significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando em risco desnecessário mulheres e bebês. As recomendações da Organização Mundial da Saúde das classificações de práticas no parto e nascimento são:⁽¹⁴⁾

Categoria A

Práticas Demonstradamente Úteis e que devem ser Estimuladas:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;

- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;

Categoria B

Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que Devem ser

Eliminadas:

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;

- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;

Categoria C

Práticas sem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem ser Utilizadas com Cautela até que mais Pesquisas Esclareçam a Questão:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto
- Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

Categoria D

Práticas Frequentemente Usadas de Modo Inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;

- Controle da dor por analgesia peridural;
- -Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Exploração manual do útero após o parto.

O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções; Já nos estabelecimentos privados, a cesariana muitas vezes desnecessária, em qualquer indicação e quase sempre pré-agendada.^(3,73,81,87-91)

Infelizmente na última década ficaram exacerbadas as reações de entidades médicas nas universidades e a resistência em incorporar as práticas baseadas em evidências científicas no foco do ensino, da assistência e pesquisa. Importantes catedráticos da área médica têm publicado editoriais e divulgado na mídia a desqualificação das propostas de humanização do MS. Também as associações médicas têm mostrado resistência e defendido a prática dos obstetras na realização de cesáreas, inclusive quanto à cobranças de taxas de disponibilidade obstétrica a conveniados da saúde suplementar, o que conflita frontalmente com normais morais sociais, com o Código de Ética Médica e com as normas legais vigentes no Brasil.^(49,50)

A tecnocracia, institucionalização e medicalização do parto associa-se ao aumento de cesarianas, à prematuridade e à desumanização do nascimento. O uso de intervenções não recomendadas ou prejudiciais durante o trabalho de parto são ressaltadas, abordando-se aspectos como: local da assistência, definição do risco da gestante; posição e movimentação da parturiente; algumas intervenções como jejum, realização de enema, punção venosa e infusão de líquidos, tricotomia, uso inadequado ou falta de uso do partograma, monitorização da frequência cardíaca fetal, manejo ativo do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce, o alívio da dor por métodos não farmacológicos, a analgesia de parto peridural e combinada, além do suporte contínuo intraparto.⁽¹⁰⁵⁾

Discute-se a falta de evidências científicas quanto ao uso de práticas não medicamentosas para alívio da dor em obstetrícia. No entanto, deve ser considerado que a dor no trabalho de parto é influenciada pelas características

individuais das parturientes, por suas experiências psicológicas e por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais. Em estudo sobre a influência da terapêutica com banho de chuveiro, com uso da escala analógica visual (EAV). Verificou-se redução da intensidade da dor. Ainda são necessários estudos mais abrangentes neste aspecto. ⁽¹⁰⁶⁾

Todas as questões até aqui apontadas levaram o Brasil a figurar entre os países com as mais elevadas taxas de cesárea, sobretudo na saúde suplementar. Existem evidências científicas da preferência para o parto vaginal entre as mulheres de todos os níveis social, econômico ou cultural, mas seu desejo se rende muitas vezes à orientação/imposição médica. Isoladamente, nenhum fator é capaz de justificar a complexidade da decisão pelo parto por cesárea, porém o médico e o tipo de hospital são os maiores fatores associados. São cientificamente e exaustivamente comprovados os diversos efeitos prejudiciais da realização não criteriosa de parto cesárea, mas mesmo assim aumentaram ano a ano os índices de cesarianas no Brasil. São fundamentais debates e ações sobre as consequências reais dessa decisão, os desvios éticos quando condutas são tomadas sem que o foco seja exclusivamente a saúde da mãe e filho, havendo necessidade de capacitação e atualização permanente sobre o processo de parir e nascer no Brasil. ^(2,87-91,105-107)

Pelo referencial teórico apresentado, nota-se que o CPNIH abrange a possibilidade de atenção integral à mulher no processo da parturição, pelas características de manejo das condições ambientais, sociais e programáticas

relacionadas ao parto e nascimento. Foi o que alimentou a proposta deste estudo, que apresentamos a seguir.

4.4. Reflexões sobre o Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Proposto e Trajetória e Possibilidades de Desenvolvimento – “de embrião a feto – neonato e lactente”

Ainda são incipientes no Brasil as iniciativas de implantação de CPN, pois se enfrenta a resistência da classe médica, seja em Conselho de Classe, Entidades de Classe ou nas próprias maternidades. No entanto, as pesquisas sobre CPN revelam que o atendimento prestados em tais unidades de saúde são baseados em evidências científicas, trazem muita segurança e benefícios aos usuários, com menor alcance na área neonatal.^(5,51,61,63,66-71,87-91,105-107)

O cuidado de enfermagem obstétrica em CPN teve um aumento nas investigações científicas nos últimos anos, no Brasil, principalmente com vistas a debater e responder com fundamentação científica a críticas médicas sobre tais unidades obstétricas. O enfoque é dado à forma de partear que propicie o parto ativo, reservando à mulher o papel de protagonista, com autonomia e prescindindo de intervenções que estão proscritas e à luz de assistência humanística centrada nas necessidades da mulher e família.^(10,16,69-71)

As finalidades da proposição, iniciativa de implantação e propósito de adequação do CPNIH nesta pesquisa, ocorreu segundo as normativas da rede Cegonha,⁽⁷²⁾ considerando:

- I. Inserir o enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal;

- II. Resgatar o papel ativo e participativo da parturiente;
- III. Incrementar a humanização da assistência ao parto;
- IV. Reduzir os procedimentos desnecessários;
- V. Inserir este modelo de atenção ao parto na graduação do curso de medicina e na formação do médico residente.

Na tentativa de redução de procedimentos desnecessários, a estratégia Rede Cegonha publicou em portaria ministerial a definição de um parto normal como: de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem uso de intervenções como fórcepe ou cesariana, sem uso de anestesia geral, raquidiana ou epidural durante o trabalho de parto, delineada na Portaria GM nº904, de 29 maio de 2013, revogada pela PRT GM/MS nº 11 de 07 de janeiro de 2015.⁽⁷³⁾

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição.

Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatórios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a obstetrix (profissional com curso de nível superior

em obstetrícia) ou enfermagem obstétrica, responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para atender o caso.^(3,73)

Na elaboração da nossa proposta de um CPNIH foram considerados os seguintes aspectos:

1. **O fluxograma da Assistência no Hospital:** da Admissão à alta: foram sumarizadas as principais recomendações para a assistência na unidade de CPNIH, estabelecendo-se a classificação de risco;
2. **A Avaliação do Risco da Mulher** pelo médico responsável pelo plantão e pela enfermeira obstetra, no início e durante todo o trabalho de parto;
3. **O Enfermeiro Obstetra na Assistência:** em uma revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane sugere que modelos de assistência ao parto para mulheres de baixo risco envolvendo parteiras, (enfermeiras obstetras ou parteiras de entrada direta) associam-se a menores taxas de intervenções, menor risco de episiotomia e de intervenções; maior chance de as mulheres serem atendidas no parto pelo mesmo profissional que a acompanhou na gestação; maior chance de parto espontâneo; maior sensação de controle pela parturiente; maior chance de iniciar aleitamento e menor duração da hospitalização neonatal. Ressalta-se nesta pesquisa que as gestantes, parturientes e puérperas com maior risco obstétrico devem ser assistência médico-hospitalar garantida, para

promover a identificação e tratamento precoce de complicações intraparto.⁽¹⁰⁵⁾

4. **Proposição de Quarto PPP** (pré-parto, parto e pós-parto): pelas evidências científicas de menor intervenção médica em unidades e maior taxa de satisfação materna. Nesses últimos, existe a possibilidade de assistência ao parto em suítes LDR (*“Labor and Delivery Room”*), mais conhecidas no Brasil como PPP (*“Pré-parto, Parto e Pós-parto”*). Comparadas com o parto em ambiente cirúrgico, a revisão sistemática incluiu seis ensaios clínicos randomizados (ECR) com 8.677 mulheres de baixo risco. O parto em suítes LDR associou-se a maiores taxas de satisfação materna e redução das intervenções médicas, indicado para mulheres que preferem evitar intervenções médicas durante o parto, não querem o modelo hospitalar de parto ou o domiciliar, mas destacam a vigilância do bem-estar fetal.⁽¹⁰⁵⁾ A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que se deve respeitar a escolha informada das mulheres em relação ao local do nascimento;⁽¹⁴⁾
5. **Ingestão de Alimentos e Líquidos:** dieta leve ou líquida (sopa, sucos, chás, água, bolacha e pão): o jejum não é recomendado em pacientes de baixo risco. Já nas parturientes de alto risco não há evidências suficientes para sua recomendação. A dieta leve durante o trabalho de parto previne o aparecimento de cetose, embora aumente o volume gástrico residual. Mesmo na eventualidade de uma analgesia de parto peridural ou combinada, a ingestão de

líquidos claros é permitida e deve ser encorajada. A recomendação de jejum durante o trabalho de parto baseava-se na preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico na eventualidade de uma anestesia geral, fato que é raro atualmente.⁽¹⁰⁵⁾

6. **Banho e Terapia em Água:** deve ser estimulado tanto o de aspersão como o de imersão, pois favorece a circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promovendo o relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto. O banho de aspersão na fase de aceleração máxima, com duchas nas costas, é orientado para redução das dores lombo sacras, e com duchas no abdome para estímulo das contrações uterinas. Vale destacar que são limitados os estudos com maior abrangência neste enfoque, mas a imersão em água em banheiras ou similares durante o trabalho de parto tem sido investigada como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor pode ser benéfica para as mulheres. A temperatura da água deveria ser cuidadosamente controlada, para evitar aumento da temperatura corporal;⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁷⁾
7. **Deambulação e Movimentação:** tem importância na abreviação do tempo do trabalho de parto, em favorecer a descida da apresentação e diminuir dores lombares devidas à alteração da posição materna. A restrição no leito é mais conveniente para os profissionais da maternidade, mas a maioria das parturientes prefere deambular, principalmente no início do trabalho de parto. Por décadas parturientes de parto hospitalar foram orientadas a permanecerem

deitadas, mas tem sido demonstrado que a posição supina durante o primeiro período do trabalho de parto pode ter efeitos fisiológicos adversos tanto para a mãe como para o seu feto e para a progressão do trabalho de parto. A deambulação pode aumentar a sensação da parturiente de controle de seu trabalho de parto, prover distração autorregulada e facilitar o suporte contínuo intraparto por um acompanhante, medidas que reduzem a necessidade de analgesia e a indicação de cesariana. Cabe à mulher escolher a posição que mais lhe agrade, mas caso a posição escolhida seja deitada no leito, a posição supina deve ser evitada, com base na evidência fisiológica da diminuição da contratilidade uterina e da perfusão placentária. Nessa eventualidade recomenda-se o decúbito lateral esquerdo. A deambulação deve ser permitida e encorajada em parturientes recebendo analgesia pela técnica peridural ou combinada. Um ensaio clínico randomizado comparando parturientes sob analgesia peridural com ou sem livre deambulação demonstrou que a deambulação não tinha impacto na duração do trabalho de parto, mas foi associada com redução na necessidade de uso de ocitocina e mais droga anestésica. Em estudos avaliados em uma revisão sistemática, disponibilizada na biblioteca Cochrane com 3.706 mulheres observou-se que a deambulação encurtou em aproximadamente uma hora o primeiro período do parto, em comparação com a posição reclinada, relaxa a tensão muscular da região pélvica, favorece a rotação e descida da apresentação. Deve

ser estimulado durante o banho e deambulação que a mulher execute o balanço pélvico e exercício de abaixar e levantar. Recomendamos atenção em relação ao exercício de balanço pélvico e de abaixa e levanta, para mulheres com membranas ovulares rotas, pois a apresentação deve estar pelo menos em De Lee zero. Destaca-se que as mulheres é que devem ser encorajadas a descobrir a posição mais confortável;

8. **Diurese:** estimulada espontaneamente durante o trabalho de parto, com o objetivo de diminuir a retenção urinária, dificultar a descida da apresentação e desconfortos nas contrações;
9. **Eliminação Fecal:** pode ser orientada no sentido de auxiliar na descida da apresentação e diminuição de desconfortos, no sentido de evitar o constrangimento na fase expulsiva do parto;
10. **Realização de Enema/Enteroclistma:** Não é recomendado, pois é uma intervenção que traz desconforto à parturiente e aumenta os custos da assistência ao parto. Foi advogada por décadas com base na teoria de que um reto vazio facilita o parto, reduz a contaminação fetal ao nascimento e reduz infecção materna e neonatal. Em uma meta-análise avaliando três ensaios clínicos, envolvendo 1.765 mulheres, os revisores concluem não haver evidências suficientes para recomendar indicação rotineira de enema, não demonstrando diferenças nas taxas de infecção puerperal bem como na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina.⁽¹⁰⁵⁾ A OMS considera os enemas como práticas não-efetivas que devem ser eliminadas.⁽¹⁴⁾

11. A **Tricotomia** não é recomendada. A raspagem sistemática dos pelos pubianos ou perineais é um procedimento que se realiza antes do nascimento e acreditava-se que reduzia o risco de infecção no caso de haver laceração perineal espontânea ou se fosse realizada uma episiotomia, além de favorecer uma sutura mais fácil e segura. No entanto, as lacerações da raspagem favorecem infecções e as mulheres ficam muito incomodadas com o prurido quando os pêlos voltam a crescer. Em revisão sistemática analisando três ensaios clínicos com 1.039 mulheres concluiu-se não existem evidências que recomendem sua utilização de rotina em mulheres em trabalho de parto.⁽¹⁰⁵⁾ Da mesma forma, a OMS não recomenda essa prática;⁽¹⁴⁾
12. **Venóclise e Infusão de Líquidos:** Não é recomendado; Infusão de soro glicosado não deve ser realizada rotineiramente com o objetivo de prevenir a hipoglicemia neonatal. Um ensaio clínico randomizado comparando infusão de soro glicosado ou não infusão durante o trabalho de parto evidenciou que a infusão de soro glicosado não reduz a acidemia materna nem o balanço ácido-base fetal. A infusão pode acarretar efeitos adversos devido ao estímulo da produção de insulina pelo pâncreas fetal, de forma que sua utilização deve ter indicações específicas, como tratamento da hipotensão, manejo de emergências hemorrágicas e uso de analgesia;^(14,105)
13. **Partograma:** Recomendado, particularmente em países de baixa renda. Constitui-se em gráfico do trabalho de parto é amplamente aceito como método útil para avaliação do progresso do trabalho de

parto. De acordo com a OMS,^(14,105) o uso do partograma permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, documentar o trabalho de parto e diagnosticar suas alterações, indicando a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios e evitando intervenções desnecessárias. É uma ferramenta simples e barata, para o registro das observações na fase ativa do trabalho de parto, como condições maternas e fetais e o progresso do trabalho de parto. Na prática, sua efetividade quanto aos resultados maternos e neonatais tem sido questionada, por assumir que todas as parturientes têm evolução similar no trabalho de parto. Diversos modelos de partograma estão disponíveis;^(14,105)

14. A **Monitorização** da vitalidade fetal por ausculta fetal intermitente dos batimentos cardíacos do feto (BCF) faz parte de todas as diretrizes para atenção durante o trabalho de parto e pode ser realizada com estetoscópio fetal (Pinard) e com sonar Doppler. É recomendada nas parturientes de baixo risco a cada 15 a 30 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo, durante pelo menos 60 segundos. A identificação de modificações na frequência cardíaca fetal (FCF) durante o trabalho de parto permite que se avalie os fetos que podem estar em risco de hipóxia. cardíaca fetal;^(14,105)
15. **Cardiotocografia:** a cardiotocografia (CTG) é procedimento de FCF é registro eletrônico da FCF, permitindo a monitorização fetal contínua. As desvantagens da CTG são: a complexidade dos

padrões da FCF, que dificulta a padronização; impede a livre deambulação materna, e o aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe. Os principais parâmetros observados da ausculta fetal intermitente são frequência cardíaca fetal basal, acelerações espontâneas ou relacionadas a movimentos e contrações uterinas e desacelerações precoces, tardias e variáveis. Atualmente O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a utilização do termo “frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora” em substituição ao termo sofrimento fetal por ser impreciso e pouco específico. Aliás, diagnóstico de “sofrimento fetal” tem baixo valor preditivo positivo e associa-se com frequência ao nascimento de recém-nascidos em boas condições. Assim, a recomendação do colégio americano é que, em vez de estabelecer o diagnóstico de “sofrimento fetal” o estado do feto seja descrito como “não-tranquilizador”. Na admissão a CTG é usada para identificar aquelas que poderiam se beneficiar com a monitorização fetal eletrônica contínua no trabalho de parto, enquanto a intraparto de rotina deve ser desencorajada. No entanto, em um ensaio clínico comparando os resultados neonatais da CTG na admissão (por 20 minutos), em comparação com ausculta da FCF intermitente, avaliando 8.585 parturientes de baixo risco, concluiu-se que a rotina do uso da CTG na admissão não melhorava os resultados perinatais.^(14,105)

-
16. **Manejo Ativo do Trabalho de Parto:** Não deve ser realizado de rotina. Nessa denominação incluem-se diversas medidas com o intuito de encurtar o trabalho de parto advogadas por O’Driscoll, em 1970, como: amniotomia precoce; monitorização do progresso do trabalho de parto e infusão de ocitocina. É particularmente importante que intervenções de rotina não sejam implementadas sem clara evidência de que melhorem os resultados. Em uma revisão sistemática, analisaram-se 14 ensaios clínicos randomizados envolvendo 4.893 mulheres com o objetivo de avaliar a amniotomia para encurtamento do trabalho de parto. Não houve nenhuma evidência de diferenças estatisticamente significantes em relação à duração do primeiro estágio do trabalho de parto, satisfação materna e escores de Apgar no quinto minuto, porém amniotomia foi associada com uma tendência a aumento do risco de uma operação cesariana.^(14,105)
17. **Amniotomia:** Os revisores concluem que a amniotomia de rotina não deve ser recomendada e que as parturientes devem ser ouvidas na possibilidade do procedimento. Nos protocolos de manejo ativo do trabalho de parto, a **infusão de ocitocina** é iniciada depois da amniotomia, porém estudos que analisaram unicamente a infusão de ocitocina são raros e pouco consistentes e a infusão rotineira de ocitocina aumenta a necessidade de monitorização e vigilância das condições maternas e do feto.⁽¹⁰⁵⁾ A OMS não recomenda infusão

rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis, pois é desnecessário e pode ser prejudicial.⁽¹⁴⁾

18. **Indução Farmacológica do Trabalho de Parto:** define-se como indução do parto a estimulação artificial das contrações uterinas levando ao desencadeamento do trabalho de parto. Na indução medicamentosa do trabalho de parto não devem ser usados estrogênio, propranolol, relaxina, mifepristone e hialuronidase, por não existir evidências suficientes para sua recomendação. São efetivos na indução do parto a ocitocina (com rotura amniótica), as prostaglandinas (PG) e misoprostol (um éster sintético da PGE1), independentemente da integridade das membranas.⁽¹⁰⁸⁾
19. **Indução não Farmacológica do Trabalho de Parto** na indução do trabalho de parto com métodos artificiais e naturais, não medicamentosos foi se tornando comum e vários métodos têm sido propostos. Entre os naturais estão homeopatia, acupuntura, óleo de rícino, enema, banho quente de imersão, relações sexuais e estimulação mamária para indução do trabalho de parto, mas ainda não existe evidência de sua utilidade na prática clínica. Dentre os métodos artificiais estão o descolamento das membranas; a sonda de Foley constitui um procedimento que pode ser usado em gestantes com cesárea anterior, porém persistem preocupações quanto ao risco de infecção materna e fetal e a amniorrexe artificial, todos sem evidência científica de efetividade e segurança.^(109,110)

-
20. **Alívio da Dor – Métodos Farmacológicos:** Analgesia peridural e a técnica combinada são eficazes no alívio da dor no trabalho de parto, sem desfechos desfavoráveis para mãe e neonato. Classicamente, vários métodos farmacológicos foram propostos, mas existe consenso atualmente de que, se algum método farmacológico for indicado para alívio da dor durante o trabalho de parto, a analgesia regional com peridural ou técnica combinada (raquidiana e peridural) deve ser empregada preferencialmente em relação ao uso de opióides sistêmicos ou analgesia inalatória. Alguns entraves metodológicos e éticos têm dificultado a obtenção e interpretação de evidências. Em duas revisões sistemáticas sobre analgesia de parto, a conclusão dos revisores foi que a analgesia que fornece alívio da dor mais significativo é a peridural tradicional.⁽¹⁰⁵⁾
21. **Alívio da Dor – Métodos não Farmacológicos: Atualmente são destacados** métodos complementares de alívio da dor durante o trabalho de parto, existindo ampla variedade de métodos e técnicas propostos. De acordo com a OMS, devem ser privilegiadas durante a assistência ao trabalho de parto, como “práticas reconhecidamente úteis e que devem ser estimuladas”.^(14,105) No entanto, os trabalhos divulgados sobre técnicas alternativas, complementares ou integrativas são submetidos a estudos científicos adequados. Entre as técnicas e métodos propostos estão: acupuntura, hipnose, audioanalgesia, aromaterapia; acupressão, aromaterapia,

audioanalgesia, relaxamento e massagem, mas ainda não se estabeleceu sua eficácia e segurança. A massagem pode ser realizada pelo enfermeiro obstetra, por doula ou pelo acompanhante, conforme a situação, para aliviar pontos de tensão e promover relaxamento. Os locais de massagem dependem da preferência da parturiente, sendo muito aceita a região lombo sacra nas contrações e região da nuca após as contrações;

22. **Suporte Contínuo no Trabalho de Parto:** No foco da humanização do nascimento, o suporte contínuo e atendimento centrado nas necessidades e desejos da mulher, desde que não comprometa sua saúde e de seu filho, tem sido destacado, mas ainda é exceção. Em um CPNIH, o apoio e suporte é essencial e geralmente fica a cargo de enfermeiros obstetras e de doulas e acompanhantes. O apoio contínuo propicia maior participação da mulher e consequente aumento de índices de partos normais/naturais.^(14,102,105,111-114)
23. **Acompanhante:** inserir o acompanhante escolhido pela parturiente para suporte emocional durante o trabalho de parto e parto. O acompanhante escolhido é aquele que a mulher apresenta, não importando se é o companheiro, doula, um amigo, a mãe, o pai, a sogra, um irmão, desde que tenha condições de ajudá-la a passar pelos processos ligados ao trabalho de parto e parto;^(102,111-114)
24. **Episiotomia:** A episiotomia tem raras indicações na atenção obstétrica atual.^(102,111-114) Deve ser realizada nas situações de pouca distensibilidade do períneo, na vigência de sofrimento fetal, quando

se pretende encurtar a duração do período expulsivo e em anomalias de variedade de posição (occipito-sacras). O momento certo para praticar a episiotomia é quando o períneo está em protusão, sendo visíveis 4 cm ou mais do diâmetro da cabeça do feto durante a contração e quando a parte apresentada parece prestes a nascer nas três ou quatro próximas contrações.

Consideradas as recomendações científicas para a assistência à parturiente, para definição de protocolos e normas no CPNIH proposto, vale relatar a seguir como tem evoluído a proposta, desde a apresentação do projeto à administração do hospital e a organização ambiental, social e programática que se transcorreu desde então.

Nesses anos tivemos muitas idas e vindas, avanços e retrocessos, ânimo e desânimo, vontade de seguir, de recuar ou abandonar. Do que se lê do alcance desta pesquisa, segundo o objetivo definido e os resultados obtidos já apresentados, parece que quase nada foi feito ou que há tanto por fazer que não será possível a conclusão para efetiva implantação, segundo as normas do MS, com base na proposta da Rede Cegonha.

Por outro lado, aconteceram vários desdobramentos com este estudo, nesses últimos sete anos, que permitiram vislumbrar reconhecimento do nosso trabalho e das especificidades de atuação do enfermeiro obstetra, como:

- maior consideração com as atividades realizadas, destacado em situações que permitem discussão integrada da evolução do trabalho de parto e medidas assistenciais necessárias;

- inserção e atuação efetiva do enfermeiro obstetra na atenção ao parto normal, que tem contribuído para aumento de índices de parto normal e de situações mais humanizadoras de assistência;
- meu ingresso docente junto ao curso de medicina, na orientação de graduandos do quinto e sexto ano sobre a condução do trabalho de parto, principalmente;
- o apoio recebido de alguns obstetras e da chefia do serviço de obstetrícia. Aliás, por meio da colaboração do chefe do serviço de obstetrícia, que têm facilitado ações e interações em sala de parto, é que a coordenação do Curso de Especialização e, inclusive quanto a acordo de cooperação para desenvolvimento de parte prática de estágios para assistência ao parto normal. Em vários contatos com a chefia do serviço de obstetrícia, formais e informais, são enfatizados o reconhecimento da seriedade e comprometimento na formação do enfermeiro obstetra junto ao CEDESCOP/FAEPE/FAMERP, que participo desde praticamente seu início, há mais de 10 anos;
- o reconhecimento da equipe profissional de não médicos, que atua no CPNIH, que não se cansa de elogiar o trabalho de humanização que está proposto e que percebem caminhar com grandes dificuldades;

Entretanto, também existem os dias ruins, muitos dias ruins, mais diretamente relacionados ao corporativismo de alguns médicos que insistem nas ações de controle e não aceitam mudanças naquilo que consideram como atenção já instituída, de parto ativo, mesmo que as evidências científicas sejam

divulgadas desde meados da década de 80 no Brasil, em decorrência dos índices de cesárea que foram cada vez mais aumentando.

Há que considerar as diferenças entre parto ativo e participação ativa da mulher. O primeiro está proscrito pela OMS e diferentes diretrizes de sociedades e MS no Brasil, enquanto a participação ativa da mulher é a desejada e prescrita na humanização do nascimento, reservando a ela o papel de protagonista no trabalho de parto e parto – a “dona” de seu parto.

Apresentamos a seguir, de forma sintética, os períodos seguintes à “implantação embrionária” do CPNIH proposto, a atualidade e possibilidades ou desejos futuros, em ordem cronológica:

- **2011:** foi um período marcado pelo *retrocesso* do projeto, pois as duas enfermeiras obstetras foram designadas para atuarem no alojamento conjunto e parte administrativa da maternidade. Deste modo, ficaram mais afastadas da assistência às parturientes. Apenas eu, como coordenadora, ficava no período das 7 às 12 horas, de segunda a sexta-feira, atuando no pré-parto. Mesmo com o distanciamento das enfermeiras obstetras contratadas na atenção direta às parturientes, foram comprados neste período alguns materiais e equipamentos, como o Sonar Doppler, e um novo cardiotocógrafo;
- **2012:** ocorreu a reestruturação da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) no alojamento conjunto.

- **2013:** pedi demissão da coordenadoria da maternidade devido a problemas particulares e profissionais relacionados, ficando afastada da maternidade de dezembro de 2013 a janeiro de 2014;
- **2014:** fui convidada pela Diretora da Faculdade de Medicina de Catanduva para acompanhar os estágios do 5º e 6º ano de medicina no pré-parto e sala de parto do hospital Padre Albino, atuando no acompanhamento de parturientes no trabalho de parto e parto. Minha contratação na instituição passou a ser junto ao curso de medicina. No final deste ano o departamento pessoal disponibilizou 6 vagas para contratação de enfermeiros obstetras, mas não houve candidatos. No segundo semestre de 2014 começaram as reuniões com a administração da Fundação Padre Albino e chefia da maternidade do hospital Padre Albino, no sentido de estabelecer convênio com o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do CEDESCOP/FAMERP, com vistas a ser campo de estágio para esta especialização;
- **2015:** neste ano teve início os estágios da especialização em enfermagem obstétrica CEDESCOP/FAMERP, que permitem a integração entre a formação de enfermeiros obstetras com o serviço de obstetrícia, a formação de residentes médicos e a atuação de médicos obstetras. Os profissionais da área obstétrica do Hospital Padre Albino buscarão adequar a ambiência seguindo as normas da Rede Cegonha com previsão do início da reforma ainda em 2015; buscará o trabalho em equipe e fortalecimento da integração

trabalhando em equipe seguindo com as boas práticas da OMS na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto.

Mesmo com as dificuldades apresentadas, estamos empenhados em desenvolver o “embrião” de CPNIH, de forma a alcançar o credenciamento do MS para a efetiva implantação do CPNIH no hospital estudado. Para tanto é imprescindível o apoio dos administradores e da chefia e profissionais do CPNIH, cada qual contribuindo no que lhe cabe para o nascimento “humanizado” desse CPNIH, propiciando a valorização da enfermagem obstétrica e repercutindo em maiores índices de partos normais.

Cabe destacar enfim, o que mais nos seduz nesta trajetória: o reconhecimento das usuárias e familiares/acompanhantes de nossa atenção na condução do trabalho de parto e na assistência do enfermeiro obstetra ao parto normal. Não importa se é assistida de forma particular ou é conveniada na saúde complementar ou SUS, todas que desejam o parto normal ou ao menos o humanizado têm reconhecido a atuação do enfermeiro obstetra e especificamente dos enfermeiros obstetras que queremos formar.

5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Segundo o objetivo definido e os resultados obtidos até então, verifica-se que mesmo com muito trabalho falta muito para que o CPNIH proposto seja efetivamente implantado, atendendo aos preceitos do MS do Brasil e da Rede Cegonha. Então, é preciso que os responsáveis pela gestão da instituição de saúde estejam abertos a ouvir e apoiar/contribuir para o desenvolvimento mais efetivo do CPNIH que ainda é embrionário, apesar de estar sendo gestado há oito anos.

Para tanto, deve haver mais agilidade no desenvolvimento de ações que enfoquem a estrutura ambiental/física mais adequada; a questão social/exercício profissional e ocupacional, na qualificação / atualização / contratação / capacitação e integração multi e interdisciplinar necessária e programática, no enfoque de desenvolvimento formulários e estrutura de trabalho estratégica relacionada.

Só assim será viável: a implantação do CPNIH proposto; a integração ensino e serviço; o ensino médico e de enfermagem integrado no propósito da humanização do nascimento; o treinamento de pessoal para esse fim, cada qual respeitando os preceitos éticos e legais de sua profissão; a visibilidade da atuação do enfermeiro obstetra e o aumento dos índices de partos normais/naturais, no foco da atenção obstétrica humanizada e segura.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osava R, Mamede MV. Assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *J Bras Ginecol* 1995; 105(1-2):3-9.
2. Soler ZASG. CEHPAN - Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo. Tese [livre docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Públ* [online]. 2014; 30 (supl.1): S17-S32.
4. d'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publ* 2014; 30(supl.1): S154-S168.
5. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no Parto de Mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. *REME – Rev Min Enf* 2006; 10(3):240-6.
6. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Publ* 2003; 19(Supl 2):5419-27.
7. Benítez GG. Violencia obstétrica: [Editorial]. *Rev Fac Med (Caracas)* 2008; 31(1): 5-6.
8. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc & Saúde Col* 2005; 10 (3): 627-37.

9. Dornfeld D, Rubim Pedro EN. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Invest Educ Enferm* 2015; 33(1): 44-52.
10. Machado NXdeS, Praça NdeS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2): 274-9.
11. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3): 390-7.
12. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int* 2014; 35(2): 127-48.
13. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MdoC. Aspectos da satisfação de mulheres com a assistência ao parto: uma contribuição para o debate. *Cad Saúde Publ* 2004; 20 (Sup 1):S52-62.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
16. Brasil. Portaria n. 985. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 1999; 6 ago.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. *Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das*

- mães e crianças. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
18. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012; 72(1): 4-12.
 19. Garcia-Jorda D, Diaz-Bernal Z, Acosta AM. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciênc Saúde Col* [online]. 2012, 17 (7): 1893-1902.
 20. Silva MGda, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev RENE* 2014; 15(4):720-8.
 21. Aguiar JMde, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publ* 2013; 29(11): 2287-96.
 22. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias *Rev Obstet Ginecol Venez* 2013; 73(3): 171-80.
 23. Cavalcante FN, Oliveira LVde, Ribeiro MMOM; Nery IS. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. *Rev Baiana Enferm* 2007; 21(1): 31-40.
 24. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface Comun. Saúde Educ* 2009; 13(supl.1): 595-602.

25. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof* 2013; 14(2):62.
26. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia* 2012; (37): 212-27.
27. Benute GRG, Nomura RY, Dos Santos AM, Zarvos M, De Lucia MSC, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet [online]*. 2013; 35(6):281-5.
28. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCHde. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm* 2013; 18(3): 515-20.
29. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Públ [online]*. 2014; 30 (suppl.1): S101-S116.
30. Pimenta LF, Ressel LB, Santos CCdos, Wilhelm LA. Percepción de mujeres sobre la elección del tipo de parto: estudio descriptivo. *Braz J Nurs [Online]* 2013; 12(1): 45-55.
31. Bonilla H. Cesárea a petición de la mujer: visión desde la matronería. *Medwave* 2012; 12(3).
32. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis (Rio J.)* 2012; 22(1):35-52.

33. González Pérez R. Consideraciones bioéticas: cesárea a solicitud de la paciente y autonomía. *Medwave* 2012; 12(3).
34. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét* 2013; 21(3): 509-17.
35. Pimenta LF, Silva SCda, Barreto CN, Ressel LB. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Online]* 2014; 6(3): 987-97.
36. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet [online]*. 2014, 22 (1):46-53.
37. Wu E, Kaimal AJ, Houston K, Yee LM, Nakagawa S, Kuppermann M. Strength of preference for vaginal birth as a predictor of delivery mode among women who attempt a vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210(5):440.
38. Salgado HdeO, Niy DY, Diniz CS. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum* 2013; 23(2):190-7.
39. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 2011; 28(5):383-8.
40. Sinha A, Bewley S, McIntosh T. Myth: babies would choose prelabour caesarean section. *Semin Fetal Neonatal Med* 2011; 16(5): 247-53.
41. Vaz TH, Pivatto LF. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. *Cogitare Enferm* 2014; 19(3): 545-552.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307223966003>.

Acessado em: 23/ago/2015.

42. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago Pndo, Mesquita Nsde. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2014; 18(2):262-9.
43. Oliveira AS, Damasceno AKC, Moraes JL, Moreira KAP, Teles LMR, Gomes LFS. Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs [online]*. 2014; 13(1):36-45.
44. Brüggemann OM, Ensen ES, Oliveira Mede, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Texto & Contexto Enferm* 2014; 23(2): 270-7.
45. Dudenhausen JW. Primary prevention of preterm birth. *J Perinat Med* 2014; 42(4):431-3.
46. Penn ZJ, Steer PJ, Grant A. A multicentre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. *BJOG* 2014; 121 Suppl 7:48-53.
47. Corrales G, Suarez Gonzalez JA, Cabrera Delgado MR, Benavides Casal ME. Resultados perinatales de un protocolo de atención para gestantes con riesgo de prematuridad extrema. *Ciën Investig Ginecol Obstet. (Ed. impr.)* 2014; 41(2): 56-61.

48. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CdaS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10(2):191-7.
49. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13(supl.1): 759-68.
50. Almeida JS, Silva DdeAda, Soler ZASG. A taxa de disponibilidade para o parto: outra violência obstétrica? [Editorial] *Enfermagem Brasil* 2015; 14(1):34.
51. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):62-70.
52. Riesco MLG, Tsunehiro MLG. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estudos Feministas* 2002; 10:449-59.
53. Riesco MLG. Enfermeira obstetra: herança de parteira ou herança de enfermeira? *Rev Latinoam Enf* 1998; 6 (2):13-15.
54. Tsunehiro MA, Riesco MLG, Bonadio IC. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. In: 1º Seminário sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1998; Ribeirão Preto. Anais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998. p. 25-34.

55. Riesco MLG. Perspectiva para a formação e qualificação profissional. In: 2º Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1999; Sorocaba. Anais. Sorocaba: Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba; 1999. p.58-75.
56. Soler ZASG. Lei de Diretrizes e Bases da Educação: novas possibilidades para cursos de graduação com enfoque no ensino de enfermagem e de obstetrícia. In: 2º Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto; 1999; Sorocaba. Anais. Sorocaba: Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba; 1999. p.21-36.
57. Riesco MLG. Que parteira é essa [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
58. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunechiro MA. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. Rev Bras Enferm 2006; 59(5):699-702.
59. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1986.
60. Araujo NRA, Oliveira SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um Hospital Escola de cidade do Recife – PE. Cogitare Enferm 2006;11(1):31-8.
61. Hoga LAK. Inovação da assistência e preservação da tradição: um olhar transcultural das casas de parto de São Paulo e Osaka [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

62. Hoga LAK. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 537-40.
63. Pereira ALdeF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev RENE* 2012; 12(3): 471-7.
64. Martins CA, Almeida NAM, Barbosa MA, Siqueira KM, Vasconcelos KL, Souza CTA. Casas de Parto: sua importância na humanização da assistência. *Rev Eletr Enf* 2005; 7 (3):360-5.
65. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, *et al.* Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(spe2):1297-1302.
66. Lobo SF, Oliveira SMJVde, Schneck CA, Dilva FMBda, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):812-8.
67. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2007, 23(6):1349-59.
68. Osava RH, Silva FMBda, Tuesta EF, Oliveira SMJVde, Amaral MCEdo. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Rev Saude Publ* 2011; 45(6):1036-43.
69. Seibert SL, Gomes ML, Vargens OMDaC. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(4):758-64.

-
70. Silva AVR, Siqueira AAFde. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. *Rev Bras Cresc Desenvolv Hum* 2007; 17(1): 126-35.
 71. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJVde. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saude Publ* 2012; 46(1): 77-86.
 72. Brasil. Portaria nº1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que instituiu no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 904, de 29 maio de 2013. *Diário Oficial da União* 2013; 31 maio.
 73. Brasil. Portaria nº11/GM/MS, de 07 de janeiro de 2015, redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento (...).
 74. Velasque EAG, Pradebon VM, Cabral FB. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Rev Enferm UFSM* 2011;1(1):80-7.
 75. Cassiano AdoN, Holanda CSMde, Costa RKdeS, Moraes FRRde, Maranhão TMO. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Online]* 2015; 7(1): 2061-71.
 76. Lansky S, Friche AAI, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho MI, *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Públ [online]*. 2014; 30 (suppl.1): S192-S207.

-
77. Rattner D, Abreu IPH, Araújo MJdeO, Santos ARF. Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: a national effort in Brazil. In: Davis-Floyd R, Barclay L, Tritten J. (Orgs.). Birth models that work. Berkeley: University of California Press, 2009. p.385-413.
 78. Vasconcellos MTLde, Silva PLdoN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRBde, Szwarcwald C. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. Cad Saúde Públ 2014; 30: Sup:S49-S58.
 79. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Tese [Doutorado] Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2007.
 80. Brasil. Portaria n. 1.668. Aprova o componente Parto e Nascimento da Etapa X do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de São Paulo e municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação – Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e hospitalar. 05 de agosto de 2014.
 81. Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Públ 2002; 18(5):1303-11.
 82. WinbergJ. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior- a selective review. Dev Psychobiol 2005; 47:217-29.
 83. Luna MS, Alonso CR, Mussons FB, Urcelay IE, Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano

- em el parto y em lãs primeras horas después del nacimiento. Na Pedatr (Barc) 2009; 71:349-61.
84. Aguilar AM, Vain NE. The suctioning in the delivery room debate. Early Hum Dev 2011; 87 Suppl1:S13-5.
85. Kiremitci S, Tuzun F, Yesilirmak DC, Kumral A, Duman N, Oskan H. Is gastric aspiration needed for newborn management in delivery room? Resuscitation 2011;82:40-4.
86. Figueiredo B, Costa R, Marques A, Pacheco A, Pais A. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. Acta Pediatr Portug 2005; 36(2/3):121-31.
87. Almeida NAMde, Martins CA, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA, Medeiros AVde. A humanização no cuidado à parturição. Revista Eletrônica de Enfermagem 2005; 7 (3): 555 -9.
88. Melo Kdel, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva L. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online) 2014; 6(3): 1007-1020.
89. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
90. Nunes MCM. CSG. Entre o idealizado e o possível: limites da assistência ao parto no centro de parto normal de uma maternidade pública. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

91. Rangel da Silva L, Souza Serrano N, Moreira Christoffel M. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. *Enfermería Global* 2006; (9): 1-12.
92. Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Online]* 2013; 5(4): 408-16.
93. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ* 2009; 17(2):165-9.
94. Rabelo LR, Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(1):213-20.
95. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALdeF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Enferm UERJ* 2012; 20(1):105-110.
96. Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. *Rev Bras Prom Saúde [Impr]* 2010; 23(4).
97. Barros LM, Silva RMda. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. *Texto & Contexto Enferm* 2004; 13(3): 376-82.
98. Rocha CR, Fonseca LC. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *Rev Pesq Cuid Fund. [Online]* 2010, 2(2):807-16.

99. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc & Saúde Col* 2013; 18(4):1059-68.
100. Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev Enferm UFSM* 2012; 2(3): 523-529.
101. Versiani CC, Rodrigues AK, Silva TCB, Holzmann APF, Souto DF. O ser enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. *Rev APS* 2013; 16(2):173-9.
102. Mazzo MHSdaN, Brito RSde, Santos FAPSdos. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. *Rev Enferm UERJ* 2014; 22(5): 663-7.
103. Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
104. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. *Femina* 2010; 38(10): 527-37.
105. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin AC. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. dor* 2013; 14(2): 111-113.
106. Haddad SEMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33 (5): 252 -62.

107. Souza ASR, Amorim MMR, Noronha Neto C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? *Femina* 2010; 38(5): 277-87.
108. Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Noronha Neto C, Amorim MMR. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina* 2010; 38(4): 197-201.
109. Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Noronha Neto C, Amorim MMR. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina* 2010; 38(4):185-94.
110. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ. Rio de Janeiro, 2013.
111. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Prática Clínica sobre cuidados com o Parto Normal. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
112. Silva TFda, Costa GAB, Pereira ALdeF. Cuidados de Enfermagem Obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm* 2011; 16 (1): 82-7.
113. Velho MB, Oliveira Mede, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*, Brasilia 2010; 63 (4): 652-9.

7. APÊNDICE

Apêndice 1. Protocolo de Humanização na Assistência à Parturiente.

I - ADMISSÃO

Data: ____/____/____ Hora: _____

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio
- Ensino superior ou mais

União consensual

- com companheiro sem companheiro

- **MOTIVO DE VIR AO HOSPITAL**

- **EXAME FÍSICO - OBSTÉTRICO**

Sinais vitais

PA= _____ P= _____ R= _____ T= _____

DUM = _____ DPP = _____ IG (DUM)= _____ IG (US)= _____

AU = _____ BCF = _____ MF = _____ DU = _____

BI BR DATA= _____ HORA= _____ às:

Líquido amniótico

() Claro sem grumos () Claro com grumos () Mecônio _____+/-4+

() Vermelho () Marrom

Toque colo () Centralizado () Posterior

() Grosso () Médio () Fino () Impérvio () Pérvio _____cm

II – PRÉ-NATAL

- Fez pré-natal () Sim () Não
- Intercorrências no pré-natal:

Exames realizados no pré-natal

HIV () Colhido data=_____ () Negativo

() Positivo Tratado data=_____ () Não colhido

VDRL () Colhido data=_____ () Negativo

() Positivo Tratado data=_____ () Não colhido

III - CONDUTAS HUMANIZADAS

1. PRIMEIRO PERÍODO CLÍNICO DO PARTO

- Recebeu informação quanto à presença do acompanhante no trabalho de parto no hospital?
() Sim Quem foi o acompanhante:_____
- () Não

- Diurese
Estimular espontaneamente () Sim () Não
- Evacuação
Estimular espontaneamente () Sim () Não
- Respiração
Estimular respiração profunda após as contrações
() Sim () Não Hora: às:
- Estimular mudança de posição no trabalho de parto
() Sim () Não
- Que posição ficou no momento do parto
() Litotomia
() Semi-sentada cama PPP
() Cócoras
() Quatro apoios
- Cardiotocografia:
Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____ Opinião: _____
Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____ Opinião: _____
Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____ Opinião: _____
Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____ Opinião: _____

2. SEGUNDO PERÍODO CLÍNICO DO PARTO - NASCIMENTO

- Data: Hora: às:
- Local do Parto:
 - () Sala de Parto
 - () Pré-Parto
 - () Banqueta
 - () Outro local: _____
- Via de parto:
 - () Vaginal
 - () Períneo Íntegro
 - () EMLD
 - () EMLE
 - () Laceração ____ Grau
 - () Fórceps
 - () Cesariana: Indicação: _____

3. TERCEIRO PERÍODO CLÍNICO DO PARTO

Dequitação: () Espontânea () Manual Hora: _____

Placenta: ()

Descrição do parto - observações:

Encaminhamento pós-parto:

- () recuperação anestésica
- () UTI
- () alta para alojamento conjunto: data: _____ hora: _____

4. QUARTO PERÍODO CLÍNICO DO PARTO (GREENBERG):

- PA= _____ mmHg P= _____/min T= _____ °C
- Mucosas: () Corada () Descorada
- Útero: _____
- Sangramento Vaginal: _____
- Colocação de gelo no períneo
() Sim () Não

RECÉM-NASCIDO:

- Identificação: nº da pulseira: _____
Sexo: _____ Peso: _____ g APGAR: 1' _____ 5' _____
- Clampeamento fisiológico do cordão umbilical:
() Sim () Não Motivo: _____
- Contato precoce pele a pele (mãe/filho):
() Sim () Não Motivo: _____
- Aleitamento na primeira hora de vida:
() Sim () Não Motivo: _____

DATA / CARIMBO e ASSINATURA

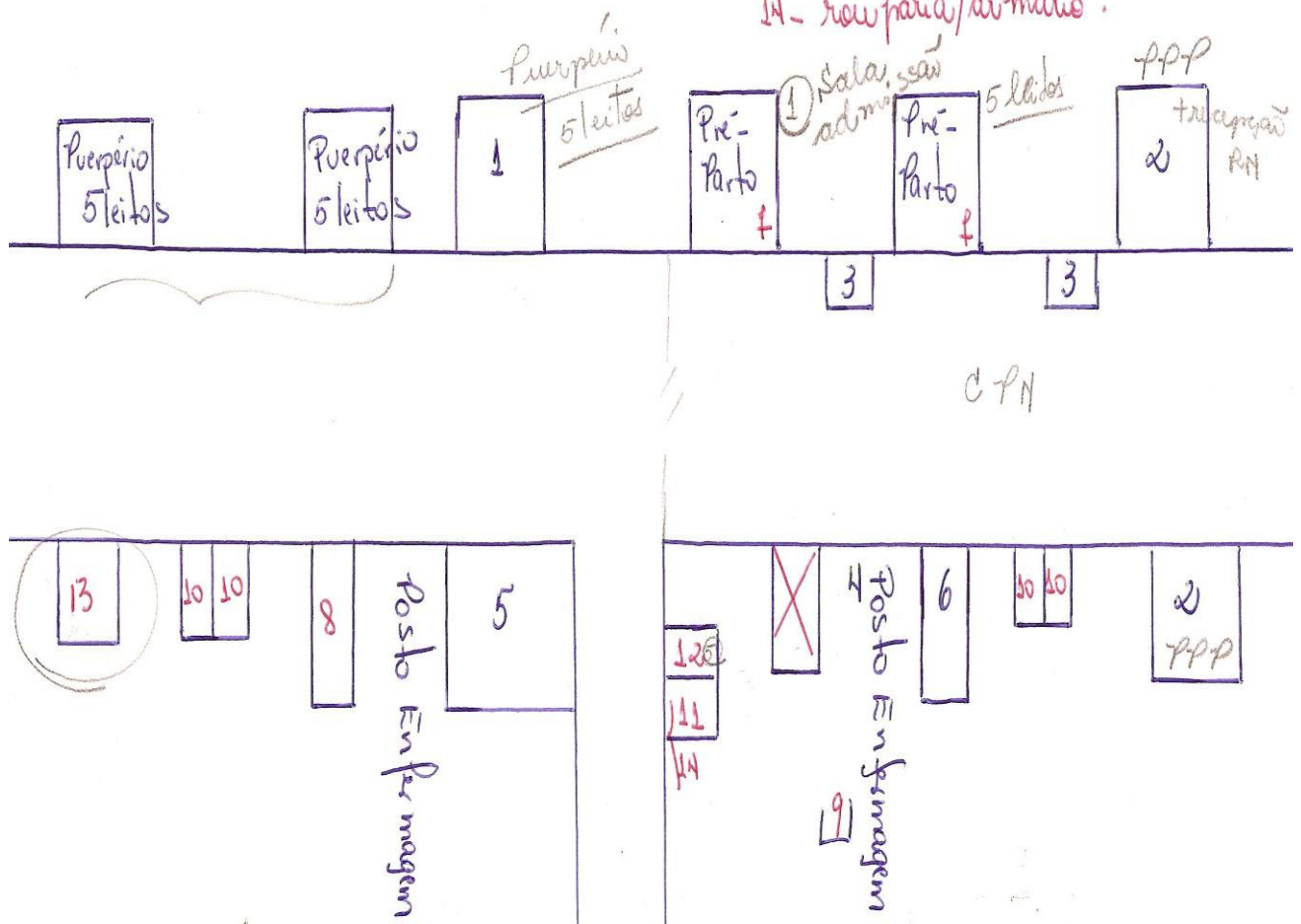
8. ANEXOS

Anexo 1. Esboço da estruturação Ambiental do CPNIH – O primeiro “rabisco”.

Centro de Parto normal
Intra-Hospitalar

- 1- Sala admissão parturientes;
- 2- Quarto PPP - sala parto.
- 3- Área para lavagem das mãos;
- 4- Área de prescrições;
- 5- sala estar p/ parturientes e acompanh.;
- 6- Área para recepção RN.

- Ambientes de Apoio
- 7- banheiro p/ parturientes e lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
 - 8- copa/cozinha;
 - 9- sala de utilidades;
 - 10- sanitário p/ funcionários e acompanh.;
 - 11- depósito de material limpeza;
 - 12- depósito de equípos e materiais de consumo;
 - 13- sala administrativa;
 - 14- repositório/armário.



Anexo 2. Conquistas que proporcionam uma vivência humanizada do nascimento na Maternidade Hospital Padre Albino inserção do enfermeiro obstetra no atendimento à parturiente.

Os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital que realizam o atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocia e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

Essas unidades são geridas por enfermeiras (os) obstetras e devem estar sempre organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e da atenção humanizada ao parto e ao nascimento.⁽⁸⁷⁾

IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DA OMS

O manejo do trabalho de parto segundo as recomendações da OMS e do MS do Brasil incluem a oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros. Essas são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde, reduzem o tempo do trabalho de parto e não parece estarem associadas com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem estar das mães e bebês.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

CATEGORIA A

PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS

- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.

PRIVACIDADE



Privacidade



- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem

MÉTODOS NÃO INVASIVOS E NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR, COMO MASSAGENS E TÉCNICAS DE RELAXAMENTO, DURANTE O TRABALHO DE PARTO



UTILIZAR MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR



Implantação do acompanhante junto ao trabalho de parto, conforme em seu Art. 19-J da lei federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1(um) acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto

**GARANTIR O DIREITO DA PARTURIENTE A TER ACOMPANHANTE
DE LIVRE ESCOLHA E PRIVACIDADE DURANTE TODO O
PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS PARTO;**



ACOMPANHANTE DE LIVRE ESCOLHA

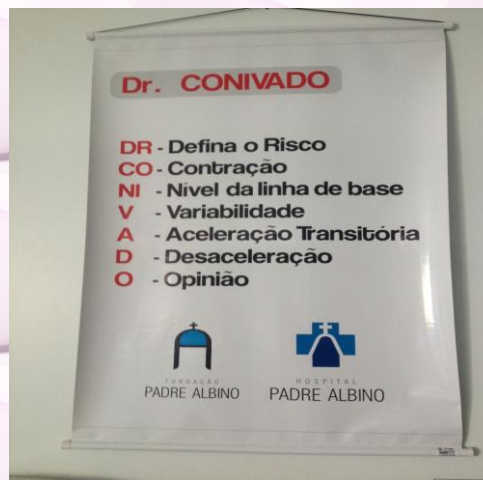


Sabe-se que a posição ginecológica em mesa obstétrica com perneiras é considerada prejudicial e que deve ser eliminada da rotina de assistência ao parto. Aquisição de duas camas PPP (pré-parto, parto e puerpério) uma para a sala de parto e outra para o pré-parto.



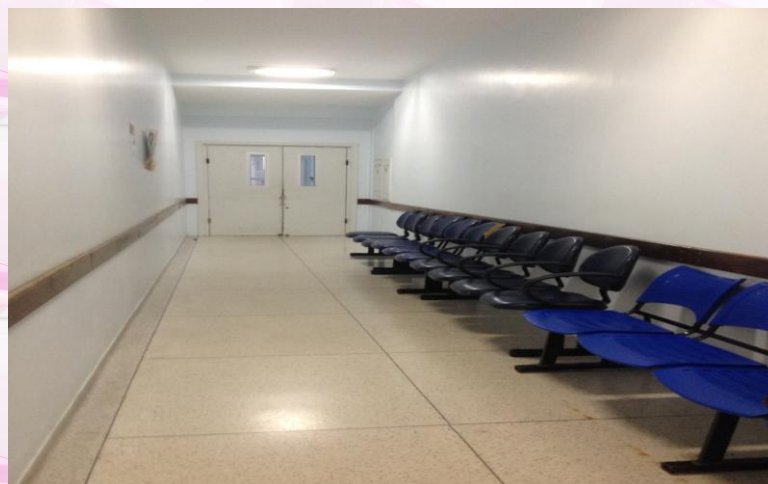
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.

MONITORAMENTO FETAL POR MEIO DE AUSCULTA INTERMITENTE



- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto

LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO



- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.

CONTATO CUTÂNEO DIRETO PRECOCE ENTRE MÃE E FILHO E APOIO AO INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA APÓS O PARTO



O atendimento ao recém-nascido a termo saudável na sala de parto tem sofrido uma série de modificações nos últimos anos e atualmente um dos objetivos é diminuir o excesso de intervenções a ele aplicadas logo após o nascimento. Há evidências de que a maioria das intervenções realizadas é desnecessária e algumas delas podem ser até mesmo, prejudiciais. O excesso de intervenções na sala de parto afeta a interação mãe/filho e a interação precoce influencia a fisiologia e o comportamento de ambos. O contato corporal mãe/bebê ajuda a regular a temperatura do recém-nascido, a manutenção do equilíbrio acidobásico, o ajuste da respiração e do choro, e promove o

comportamento cuidador materno. Assim, o bebê pode aumentar - a atenção da mãe para suas necessidades e influenciar o início do aleitamento materno (95-98)

Portanto, tem sido recomendado que práticas dirigidas a outras questões não ligadas exclusivamente à sobrevivência precisam ser incorporadas aos cuidados de rotina com o recém-nascido. Essas práticas incluem clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele imediato mãe-bebê, início precoce do aleitamento materno, método canguru entre outras. Entretanto, a utilização dessas práticas na assistência ao parto e ao recém-nascido sofre grande variação entre unidades de saúde no mundo, coexistindo ainda com desigualdades geográficas e sociais.^(3,96)

O contato precoce pele a pele entre mãe e filho, início do aleitamento na primeira hora de vida, alojamento conjunto e alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo dos Hospitais Amigos das Crianças, com equipes de plantão e trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto, relatam desfechos favoráveis dos recém-nascidos a termo. É relevante destacar que este cenário ainda é infinitamente pequeno na atenção pública em nosso país e menor ainda no setor privado.^(67,97-99)

AMBULATÓRIO DE ALEITAMENTO MATERNO HEEC



INTEGRAÇÃO DA EQUIPE

Assistência em equipe multiprofissional, isto é, vários profissionais independentes, de diferentes áreas de atuação, trabalhando em um mesmo ambiente e com um mesmo paciente (visão de anatomia).

Equipe multiprofissional com interdisciplinaridade consiste na inter-relação harmônica de todos os profissionais, somando-se as atuações individuais para um fim comum (visão de fisiologia).

Equipe multiprofissional com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade responsável é a multiplicação do potencial de cada profissional, que autorizado pelos protocolos institucionais de trabalho em equipe a ultrapassar com segurança as linhas divisórias entre as profissões, delega racionalmente funções e responsabilidades, otimizando o resultado final das atuações profissionais (visão de medicina holística).

Principalmente nos últimos dois anos tem sido possível destacar o sucesso da implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto e o reconhecimento da importância da atuação do enfermeiro obstetra na condução do parto ativo – aquele que reconhece a mulher como protagonista de seu parto. Ainda, tem facilitado a interação do enfermeiro obstetra com a equipe obstétrica, verificando-se constante solicitação para ensino de residentes médicos da área de Obstetrícia no que diz respeito ao parto normal, sem distocia. Deste modo, contribui para o aumento de partos normais, nascimentos humanizados e destaca a participação do enfermeiro obstetra no contexto do nascimento humanizado.

Anexo 3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 323/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 3921/2011 sob a responsabilidade de **Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler** com o título "Estudos sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal e no cuidado ao recém-nascido" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 16 de agosto de 2011.


Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto está ciente e autoriza a alteração do título do Projeto CEP nº 3921/2011 - "Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal e no cuidado ao recém-nascido" para "Estudos sobre a humanização no preparo e assistência ao nascimento e na atenção ao neonato e lactente - ênfase na atuação do enfermeiro obstetra". Estamos cientes também que esse projeto está incluído nas ações do Grupo de Pesquisa NEMOREGES - Núcleo de estudos sobre morbidade referida e processo de gestão em saúde - e também no Grupo de Pesquisa certificado na FAMERP e no CNPq- Educação e Orientação Profissional em Saúde, conforme ofício enviado a esse CEP em 01 de junho de 2012.

São José do Rio Preto, 11 de junho de 2012.



Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP