

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RENNÉ COSMO DA COSTA

**IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA: UMA CONTRIBUIÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**MACEIÓ - AL
2015**

RENNÉ COSMO DA COSTA

**IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA: UMA CONTRIBUIÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Ms Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Co-orientadora: Prof. Dr^a. Jovânia Marques de Oliveira Silva

MACEIÓ - AL

2015

RENNÉ COSMO DA COSTA

**IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA: UMA CONTRIBUIÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

APROVADO EM: 26 de Novembro de 2015

Prof. Ms Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
Orientadora

Prof. Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Banca Examinadora

Prof. Dr^a Mariana Santos Filisbino Mendes - UFMG
Banca Examinadora

**"Se eu não te amasse tanto assim
Talvez perdesse os sonhos
Dentro de mim
E vivesse na escuridão**

**Se eu não te amasse tanto assim
Talvez não visse flores
Por onde eu vim
Dentro do meu coração."**

Herbert Vianna/Paulo Sergio Valle

RESUMO

A humanização privilegia o bem-estar da mulher e do bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural, caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parturição. Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) nortearam todo o processo de diálogo-aprendizado para direcionar eixos de discussão/formação/aprendizado/intervenção para a reorganização dos serviços e das práticas sustentados em uma perspectiva ético-política. O presente estudo foi realizado no Hospital Municipal de Viçosa, que é uma instituição pública, administrada pela prefeitura, única prestadora deste serviço na cidade de Viçosa - AL. Os objetivos foram: a) Implementar as boas praticas no hospital Municipal de Viçosa; b) contribuir para despertar e sensibilizar a equipe de saúde do HMV para o processo de humanização do parto e nascimento; c) fortalecer e implementar a assistência humanizada ao parto e nascimento; d) contribuir para uma reflexão sobre a importância e a necessidade do Enfermeiro Obstetra como integrante da equipe de saúde da Maternidade; e) promover discussão e reflexão sobre a importância do vínculo ensino-assistência nas práticas hospitalares de qualidade. Metodologia: trata-se de um projeto de intervenção com as praticas assistenciais realizadas na maternidade do Hospital Municipal de Viçosa com a participação de todos os profissionais envolvidos no processo de nascimento e parto, afim de comparar resultados de indicadores obtidos um semestre antes e outro depois a introdução das boas práticas na instituição. Resultados: Após análise comparativa observou-se significativa mudança nos indicadores: desuso da Manobra de Kristeller (de 80,89% para 6,84%), extinção da episiotomia (de 62,92% para 0%), elevação do índice de Apgar dos RN's assistidos (de 55,05% para 95,89%), além da introdução de novas técnicas como o clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento na primeira hora de vida (de 0% para 91,78%) e suas benesses ao rebento. Fundamentam-se assim, que as boas praticas preconizadas pelo Ministério da Saúde de humanização da assistência oferecida ao binômio, mãe e filho, são capazes de tornar diferente e menos traumática a forma de nascer e parir.

Palavras-Chaves: Humanização. Enfermagem. obstetrícia.

ABSTRACT

Humanization favors the well-being of women and baby when considering the physiological processes, psychological and socio-cultural context, characterized by continuous monitoring of gestation and parturition. The principles and guidelines of the National Humanization Policy (PNH) guided the entire learning-dialogue process to direct discussion axes / training / learning / intervention for the reorganization of services and practices sustained in an ethical-political perspective. This study was conducted at the Municipal Hospital of Viçosa, which is a public institution administered by the city, the only provider of this service in the city of Viçosa - AL. The objectives were: a) Implement the best practices in the Municipal Hospital Viçosa; b) contribute to awaken and sensitize the health staff of HMV for the process of humanization of labor and birth; c) strengthen and implement the humanized delivery care and birth; d) contribute to a reflection on the importance and necessity of Nurse Midwife as a member of the health team of Motherhood; e) promote discussion and reflection on the importance of teaching-support bond in hospital quality practices. Methodology: it is an intervention project with the assistance practices carried out in the maternity ward of the Municipal Hospital of Viçosa with the participation of all professionals involved in the childbirth process, in order to compare indicators of results obtained half a year before and another after the introduction of good practices in the institution. Results: After comparative analysis there was a significant change in indicators of disuse maneuver Kristeller (80.89 % to 6.84%) , extinction of episiotomy (from 62.92 % to 0 %) , raising the Apgar score of the RN 's assisted (from 55.05 % to 95.89 %) , and the introduction of new techniques such as the late cord clamping and breastfeeding in the first hour (from 0 % to 91.78 %) and its blessings to shoot. Founded upon so that the best practices recommended by the Ministry of Health of the humanization offered to the pair, mother and son, are able to make different and less traumatic the form of birth and calve .

Key Words: Humanization. Nursing. obstetrics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	9
4 REVISÃO DE LITERATURA	10
5 METODOLOGIA.....	14
6 RESULTADOS.....	16
7 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

Durante toda a história da humanidade o ato de cuidar esteve presente, e ao longo dos anos se tornou uma profissão, a enfermagem. O cuidado é um processo de essencial importância a toda sociedade, uma vez que todos os indivíduos precisam de cuidado, dessa forma, desempenhar o papel de cuidador torna-se uma tarefa difícil, pois o afeto e a atenção dada ao indivíduo que precisa de cuidados podem ou não, intervir nos fenômenos que esse vem passando (ACKER et al. 2006).

Sem dúvida alguma o parto é um dos fenômenos naturais que diversas mulheres irão vivenciar no transcorrer da vida. Tal acontecimento, caracterizado como primordial para manutenção da vida sofre influência do ambiente sociocultural, onde preceitos culturais estabelecem a visão e forma com que a mulher irá vivenciar o seu parto. No Brasil o modelo hegemônico se mostra inadequado, ante o resultado que se apresenta no cenário nacional de 55,4% de cirurgias cesarianas (COSTA, 2005).

O parto e nascimento apesar de ser um acontecimento natural da mulher e um ato da sua fisiologia, a maior parte das mulheres submetem-se a cirurgia cesariana para terem seus filhos. Por sua vez, a atenção ao parto normal é assinalada por práticas não sugeridas pelas evidências científicas, que causam sofrimento a parturiente (MORAIS, 2010).

Apesar da diminuição evidente da mortalidade infantil no Brasil evidenciada nos últimos indicadores de óbitos neonatais, um número ainda significativo de mortes faz parte da realidade social e sanitária do nosso país. A incidência de mortes acontece por causas evitáveis, sobretudo no tocante às ações dos serviços de saúde e, dentre elas temos: a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (COLACIOPPO, 2010).

No cenário atual, ante os desafios citados, o Ministério da Saúde, com as finalidades de considerar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e diminuir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, cria a Rede Cegonha que é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança. Uma de suas diretrizes são as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

Tal Rede tem como objetivos promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG é financiado pelo Ministério da Saúde e é parte da estratégia da Rede Cegonha de um novo modelo de atenção, com o objetivo de capacitar enfermeiros para atender a mulher, prioritariamente no ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na assistência ao parto e nascimento. O público-alvo para o Curso é o enfermeiro Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso indaga-se qual impacto que novos saberes adquiridos com esta especialização teve na qualidade da assistência do parto natural no Hospital Municipal de Viçosa - AL? Esta pesquisa tem como objetivo principal implementar as boas praticas no hospital Municipal de Viçosa.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse por essa temática surgiu com a necessidade de mensurar minha prática, anterior e posterior, a descoberta de novos saberes adquiridos no curso de pós graduação em enfermagem obstétrica sob as diretrizes da Rede Cegonha e, qual impacto que a introdução destas ações de humanização na assistência às parturientes tem na qualidade da assistência prestada a parturientes e seus conceitos no serviço onde trabalho, além de observar o papel e a importância do enfermeiro nesse incitativo processo.

Além de racionalizar a liberação do único enfermeiro obstetra do município para fazer uma segunda pós-graduação em obstetrícia, teoricamente iguais, sob a ótica da humanização do parto e nascimento e quais os benefícios esses novos conhecimentos trariam para o município.

3 OBJETIVOS

Geral:

- Implementar as boas praticas no hospital Municipal de Viçosa.

Específicos:

- Contribuir para despertar e sensibilizar a equipe de saúde do HMV para o processo de humanização do parto e nascimento;
- Fortalecer e implementar a assistência humanizada ao parto e nascimento;
- Contribuir para uma reflexão sobre a importância e a necessidade do Enfermeiro Obstetra como integrante da equipe de saúde da Maternidade;
- Promover discussão e reflexão sobre a importância do vínculo ensino-assistência nas práticas hospitalares de qualidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O parto e o nascimento são acontecimentos fundamentais da vida humana. O modo como cuidamos destes eventos reflete os valores da nossa sociedade, os quais são ao mesmo tempo determinantes da assistência ao parto, que os ratificam. Muito antes do surgimento das ciências médicas, as comunidades e especialmente as mulheres criavam seus modos de parir e nascer. Experiência genuína da sexualidade, este é um evento de cunho familiar, social e afetivo da vida de mulheres e homens, fortemente influenciado pela cultura (PASCHE, 2010).

De evento outrora domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora, o parto hospitalar passou a ser concebido no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas, fator determinante para a introdução de um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento.

A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde (BRASIL,2001).

Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza e os eventos da vida e de se reduzir riscos, o parto foi levado gradativamente, a partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX, para o ambiente hospitalar. Esta mudança do lugar do parto correspondeu também a uma mudança do modelo de assistência (PASCHE, 2010).

O saber/poder técnico-científico se sobrepõe à competência própria das mulheres de lidar com seu processo de parir que, paradoxalmente, foi expropriado dela e delegado a agentes técnicos, que passam, então, a partejar. Nesse sentido, o parteiro/a deixa de ser um facilitador, aquele que assiste, para se apropriar, no ato do parto, em uma ação de expropriação da mulher, de sua ação protagônica, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural (ILLICH, 1975).

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas.

Uma das conseqüências deste modelo é a perda da capacidade dos profissionais se afetarem por este rito de passagem, com a pulverização dos significados que o parto e nascimento tomam na construção da vida social, dando lugar ao que é prático e rápido.

Apesar do conjunto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas serem difundidas no meio acadêmico, poucas instituições, inclusive hospitais de ensino, têm respeitado a sua implementação nos serviços. As escolas continuam a ensinar práticas obsoletas e prejudiciais à boa evolução do parto e nascimento, caracterizando uma resistência ao que hoje é atestado como seguro, benéfico e protetor às mulheres e bebês.

Entretanto, é conhecido que os hospitais também apresentam alguma resistência em modificar suas “rotinas” de obstetrícia e poucos são os que têm instalações/condições minimamente adequadas para, por exemplo, permitir a presença de um acompanhante para a gestante do SUS em trabalho de parto ou garantir sua privacidade (BRASIL,2001).

Não se pode negar as contribuições dos avanços técnico-científicos que, ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornou o parto mais seguro. No entanto, este modelo medicalizado, que considera o parto uma patologia e por isso estabelece enquanto prática a antecipação e prevenção do risco obstétrico, resultou na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto.

Neste sentido, o Ministério da Saúde estabelece que a assistência ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2013).

No cenário atual o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), com as finalidades de considerar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e diminuir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, cria a Rede Cegonha com objetivos de promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Na atualidade, sabe-se que o parto e o período pós-parto imediato são períodos de especial vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

Estima-se que, durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas (W.H.O, 2005).

Dados recentes (BRASIL, 2011), ofereceram a oportunidade para destacar várias práticas simples, baratas e baseadas em evidência de atenção ao parto, que podem aumentar os índices de sobrevivência dos recém-nascidos durante o parto e período pós-parto, além de tornar o ato de parir algo prático, não violento e autônomo à mulher.

Estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (RAISANEN, 2011). Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica (CARROLI,2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30% (W.H.O.,1996).

A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. Este recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta, traumas fetais).

“Em muitos países, é comum a prática de fazer pressão no fundo do útero durante o segundo estágio do trabalho de parto, com a intenção de acelerar o nascimento. Às vezes isto é feito pouco antes do desprendimento, às vezes desde o início do segundo estágio. Além do aspecto do maior desconforto materno, suspeita-se que esta prática possa ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, mas não existem dados de pesquisa sobre esse assunto. A impressão é que, no mínimo, o método é usado com muita frequência, sem que existam evidências de sua utilidade.” (OMS, 2000)

O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério (BRASIL, 2011).

Portanto, uma prática voltada para atenção integral que inclua essas cinco práticas – além das práticas de atenção materna que se promovem para prevenir a morbidade e a mortalidade – melhorarão, no curto e longo prazos, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, que tem em sua primeira mensuração de vitalidade, o índice de Apgar , uma pontuação entre 7 e 10.

5 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Hospital Municipal de Viçosa - HMV, que é uma instituição pública, administrada pela prefeitura, única prestadora deste serviço na cidade de Viçosa - AL, localizada a 86 quilômetros da capital Maceió, sua população atual é de 26 249 habitantes. Trata-se de um Hospital Geral, composto de 22 leitos, divididos entre Clínicas Médica, Pediátrica e Maternidade. Somam-se atualmente 5 leitos obstétricos para o atendimento ao Parto natural de Baixo Risco pelo Sistema Único de Saúde.

Em média são realizados quinze partos/mês, todos espontâneos, assistidos pela equipe de enfermagem: um enfermeiro obstetra (eu), cinco parteiras (técnicas de enfermagem e cinco berçárias (técnicas de enfermagem). Todos cumprem uma carga horária de quarenta horas semanais. O enfermeiro obstetra tem total autonomia, avaliando gestantes de qualquer idade gestacional, admitindo parturientes, preenchendo AIH's, solicitando diárias para o acompanhante de livre escolha, autorizando alta hospitalar as puérperas e RN's sadios e encaminhando os casos que ofereçam riscos maternos ou fetais, a taxa de encaminhamentos é de 36,66%.

Os números da pesquisa foram coletados de um caderno manuscrito, instituído no HMV desde o início de 2014 com intuito de monitorar procedimentos, gastos e principalmente justificar a inserção de um enfermeiro obstetra diarista na maternidade da instituição. Os registros contam com dados sobre o número de partos espontâneos, encaminhamentos de gestantes em trabalho de parto e para avaliação clínica, Manobra de Kristeller, Episiotomia, índice de Apgar, uso de ocitocina no trabalho de parto e puerpério. A partir de março de 2015, com a aquisição de novos saberes, foram acrescentados aos dados sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento materno na 1ª hora de vida do RN.

Em outubro de 2014 inicio a pós graduação em enfermagem obstétrica sob diretrizes da Rede Cegonha da UFMG em parceria com a UFAL e surgem duas novas funcionalidades ao caderno manuscrito: justificar a liberação do único enfermeiro obstetra do município para fazer uma segunda pós-graduação em obstetrícia, teoricamente iguais, sob a ótica da humanização do parto e nascimento e quais os benefícios esses novos conhecimentos trariam para o município.

Para tornar mensurável as mudanças, foi comparado os seis meses anteriores e posteriores a introdução novos saberes e prática, tendo março de 2015 como marco do processo. Os trabalhos iniciaram-se um mês antes, fevereiro de 2015, quando a proposta foi apresenta aos demais componentes da equipe: 10 técnicas de enfermagem. Nesta, a primeira intervenção adotada foi abolir a Manobra de Kristeller e Episiotomia e, implementar o clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento materno na 1ª hora de vida do RN a partir de primeiro de março de 2015.

Desde então avaliações críticas mensais foram feitas entre março e agosto, com discussão da pratica e teoria enfocando os benefícios que os novos saberes trouxeram a cada profissional, mãe e recém-nascido. Em outubro foi realizada avaliação semestral enfocando o significado dos avanços para a equipe, instituição e município. Em novembro os dados foram integrados, consolidados e apresentados.

6 RESULTADOS

Após análise criteriosa, comparativa e semestral dos dados, observou-se significativa mudança nos indicadores como: desuso da Manobra de Kristeller (de 80,89% para 6,84%), extinção da episiotomia (de 62,92% para 0%), elevação do índice de Apgar dos RN's assistidos (de 55,05% para 95,89%), além da introdução de novas técnicas como o clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento na primeira hora de vida (de 0% para 91,78%) e suas benesses ao rebento, como mostram as tabelas 1, 2 e o gráfico 3.

Com a supressão de procedimentos desnecessários o parir/nascer/partejar retornou ser simples, natural e humano para todos envolvidos nesse significativo evento. Deste, mulheres saem mães realizadas com filhos fortes, saudáveis e prontos para os desafios e vida e nós, parteiro e parteiras felizes com nosso papel social: sorrisos em famílias.

Fundamentam-se assim, que as boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde de humanização da assistência oferecida ao binômio, mãe e filho, são capazes de tornar diferente e menos traumática a forma de nascer e parir.

Tabela 1: Números coletados no HMV.

Meses 2014/2015	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
Número de partos	21	16	15	12	16	09	16	14	12	09	09	13
Manobra de Kristeller	16	14	15	09	12	06	04	--	01	--	--	--
Episiotomia	11	12	08	09	10	06	06	--	--	--	--	--
Apgar baixo	08	09	06	05	08	04	02	01	--	02	--	--
Apgar alto	13	07	09	07	08	05	14	13	12	07	09	13
Clampeamento Tardio	--	--	--	--	--	--	11	13	12	09	09	13
Aleitamento na 1ª hora	--	--	--	--	--	--	12	13	11	09	09	13

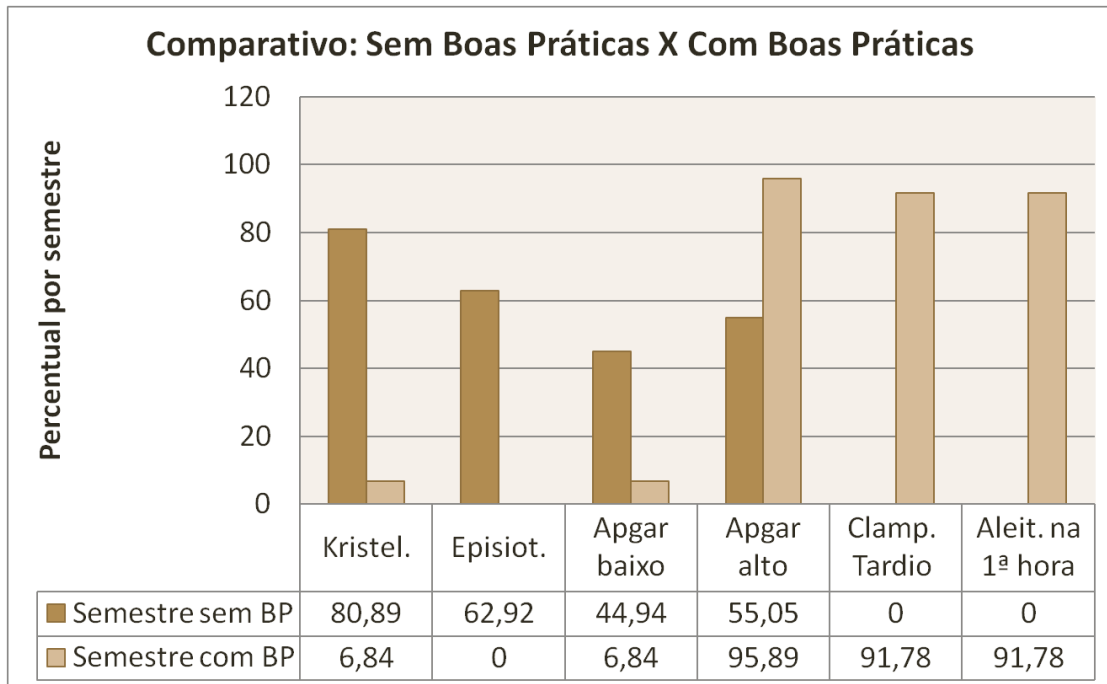
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2: Porcentagem dos números coletados no HMV.

Meses 2014/2015	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
Manobra de Kristeller	76,19	87,50	100	75	75	66,66	25	0	8,33	0	0	0
Episiotomia	52,38	75	53,33	75	62,50	66,66	37,50	0	0	0	0	0
Apgar baixo	38,09	56,25	37,50	41,66	50	44,44	12,50	7,14	0	22,22	0	0
Apgar alto	61,90	43,75	56,25	58,33	50	55,55	87,50	92,85	100	77,77	100	100
Clampeamento Tardio	--	--	--	--	--	--	68,75	92,85	100	100	100	100
Aleitamento na 1ª hora	--	--	--	--	--	--	75	92,85	91,66	100	100	100

Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 1:



7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo foi gratificante, pois tive condições de avaliar na prática ações minhas, antes desconhecidas, despercebidas. Fico satisfeito em saber que houve mudanças e que tais mudanças têm favorecido a assistência à mulher. É também gratificante poder contar dentro do nosso município com uma maternidade que está tentando oferecer uma assistência mais humana e segura às mulheres, familiares e aos seus bebês.

Após análise comparativa observou-se significativa mudança nos indicadores: extinção da Manobra de Kristeller e episiotomia, elevação do índice de Apgar dos RN's assistidos, além da introdução de novas técnicas como o clampeamento tardio do cordão umbilical e aleitamento na primeira hora de vida e suas benesses ao rebento. Fundamentam-se assim, que as boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde de humanização da assistência oferecida ao binômio, mãe e filho, são capazes de tornar diferente e menos traumática a forma de nascer e parir.

Ressalto que o processo de humanização do parto e nascimento no HMV está sendo ainda gerado como uma criança no ventre materno. A fase mais crítica desta "gestação" que foi iniciar a mudança já foi superada. No momento está em fase de crescimento, sendo aquecida, aceita e amada. Porém este "feto" já está lá, ele já se faz presente e nasce para um mundo de possibilidades.

REFERÊNCIAS

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck, et al. **As parteiras e o cuidado com o nascimento**. Revista Brasileira de Enfermagem. Distrito Federal - Brasília v.59, n.5, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, Área técnica da mulher. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez. **Parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARROLI G, Mignini L. **Episiotomy for vaginal birth**. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1):CD000081.

COLACIOPPO, Priscila Maria et al. **Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais**. Revista de Enfermagem, São Paulo, nº 2, 2010.

COSTA, AM, Guilhem D, Walter MIMT. **Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde**. Rev Saúde Pública, 2005.

PASCHE, Maria Esther et al. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Rev Tempus Actas Saude Col, 2010.

ILLICH I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as praticas no contexto de uma maternidade pública brasileira,** 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família.** Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000. [Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].

RAISANEN S, Vehvilainen-Julkunen K, Gisler M, Hei - nonen S. **A population-based register study to de - termine indications for episiotomy in Finland.** Int J Gynaecol Obstet 2011; 115:26-30

World Health Organization. **Health and the Millennium Development Goals.** Geneva: World Health Organization, 2005.

World Health Organization. **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: World Health Organization; 1996.