

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM OBSTETRÍCA**

**A IMPLANTAÇÃO DO USO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO
A DOR NO PROCESSO PARTURITIVO NA REDE PRIVADA.**

**BELO HORIZONTE
2013**

VIVIANE ADÉLIA DOS SANTOS

**A IMPLANTAÇÃO DO USO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO
A DOR NO PROCESSO PARTURITIVO NA REDE PRIVADA.**

Trabalho apresentado à banca examinadora, do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas gerais - UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profª Dra Eunice Francisca Martins

BELO HORIZONTE

2013

S237 Santos , Viviane Adélia dos.
A implantação do uso de técnicas não farmacológicas de alívio a dor no processo parturitivo [manuscrito]. / Viviane Adélia dos Santos. - - Belo Horizonte: 2013.
42f.: il.
Orientador: Dra Eunice Francisca Martins.
Co-Orientador: Dra Torcata Amorim, Ms Aline de Oliveira Reis
Área de concentração: Materno infantil.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Dor do Parto. 2. Parto Humanizado. 3. Enfermagem Obstétrica. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Martins, Eunice Francisca. II. Amorim, Torcata. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : WQ 300

TERMO DE APROVAÇÃO

VIVIANE ADÉLIA DOS SANTOS

**A IMPLANTAÇÃO DO USO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO
A DOR NO PROCESSO PARTURITIVO NA REDE PRIVADA.**

Profª Dra Eunice Francisca Martins – Orientadora

Profª Dra Torcata Amorim - Avaliadora

Profª MS Aline Souza de Oliveira Reis – Avaliadora

BELO HORIZONTE-MG

2013

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus, ser onipotente, pela vida e proteção em minha caminhada, sem Ele eu não teria chegado até aqui.

A minha mãe Cristina, grande mulher, exemplo de vida, amor e dedicação. Obrigada por me construir e reconstruir dia após dia, suas orações foram essenciais minha fiel amiga. Essa vitória é dedicada a você por sempre me ofertar as suas forças, meu maior estímulo.

A minha filha Rayane, meu maior tesouro, obrigado por ser tão especial e perfeita, obrigada pela compreensão. Perdão pela ausência, princesa, mamãe te ama acima de tudo, você é a razão da minha existência. É por você, cada vitória, cada degrau alcançado.

Aos meus irmãos, Raquel, Bruno e André, meus verdadeiros amigos, amo vocês.

Aos meus avós Sr Justino e D^a Fia, a Tia Nilza, e a todos os meus familiares pelas orações e apoio.

OBRIGADO!

AGRADECIMENTO

A gratidão é a primeira das virtudes, aquela a partir da qual todas as demais são possíveis. Este trabalho de conclusão de curso é um trabalho coletivo, o resultado sinérgico de vários encontros felizes, minha gratidão sincera pelo apoio que me foi dispensado. Realizar este trabalho sem a ajuda de cada um aqui lembrado seria impossível.

Agradeço a Deus, por iluminar e estar presente em todos os meus caminhos. A Ele, toda a honra e toda glória.

A Orientadora Eunice Martins quero expressar minha enorme satisfação, pela parceria, capacidade e talento para me orientar de forma crítica, inteligente, estimulante, e me conduzir com dedicação e paciência. Reafirmo o grande privilégio de ser sua orientada. Sei que não foi fácil, mudança de tema, mudança de vida e no final, ainda uma cirurgia repentina, sem você, do meu lado, não teria sido possível.

As enfermeiras Obstetras Lúcia, Ludmila Taborda e Cíntia, do Hospital Sofia Feldman, grandes mestres, que me conduziram, me ensinaram e reafirmaram em mim, a maravilhosa e verdadeira arte de assistir em obstetrícia.

As professoras, grandes mestres, o dom de ensinar é uma dádiva de Deus, portanto, sintam-se privilegiadas pelo Pai.

A todos os grandes amigos do Hospital Dia e Maternidade Unimed - BH, a equipe médica e em especial a equipe de enfermagem, meus incentivadores, profissionais que acreditam em uma atenção de qualidade as mulheres. Agradeço pelo conhecimento diário e por partilhar muitas das questões aqui tratadas, pessoas especiais que acreditam na transformação da assistência ao parto no Brasil, humanizando a qualidade da assistência, promovendo um nascer melhor. Vocês são fundamentais em minha vida. É bom saber que existem pessoas que acreditam e fazem do atendimento ao próximo, uma troca de amor, mais que receber pacientes, vocês acolhem pessoas. Parabéns!

A todas as parturientes assistidas na atenção pré-natal, parto e puerpério durante a especialização, vocês proporcionaram saber, cuidar, Deus abençoe cada uma de vocês.

Parir

Sou mulher, sou mãe, sou deusa, e assim mereço ser cuidada. Se parir faz parte da natureza, que esta força seja respeitada.

Respeitada pelos homens e por mim mesma, pois fazemos a humanidade crescer. Que as cesáreas, induções, tecnologia, sejam usadas com magia e saber.

Saber que os médicos dominam, e nós, mulheres, também. Conhecendo nosso corpo e instinto, sabemos mais do que ninguém.

Portanto, minha gente, é hora de parir como e com quem quiser. Se durante a noite ou na aurora, a ordem é esperar quando vier.

Chega de intervir na natureza! As mulheres precisam compreender receber o bebê no coração, experimentar o "dar à luz e renascer".

(Livia Pavitra, 2005)

Lista de Siglas e Abreviações

CPN	Centro de Parto Normal
MNF	Métodos não farmacológicos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de parto

RESUMO

O presente estudo surgiu da necessidade de discutir mudanças no modelo de assistência obstétrica e perinatal no país, ainda focado no modelo biomédico. Esse modelo contribui para o aumento do número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto (TP) e parto, de forma desnecessária e sem a participação da mulher e/ou família, acarretando aumento da prevalência de cesarianas e manutenção de alta morbimortalidade materna e perinatal. Na saúde suplementar, onde os índices de cesariana são alarmantes, torna-se necessário uma reflexão da importância das boas práticas no processo parturitivo, para favorecer a retomada do parto normal. Nesse sentido, propõe-se um projeto de intervenção com o objetivo de instituir estratégias para a implementação de métodos não farmacológicos para uma Maternidade Privada no município de Belo Horizonte - MG, refletindo sobre os benefícios destes métodos.

Atuação do enfermeiro obstetra pode proporcionar a liberdade de movimentos, deambulação, banhos de chuveiro, exercícios respiratórios, massagem lombar com relaxamento, privacidade e apoio, ou seja, promove ambiência no processo de parir, favorecendo assim, que a parturiente tenha uma boa vivência de parto, fazendo com que este momento seja visto como sendo prazeroso e feliz.

Descritores: Parto Humanizado, Técnicas de alívio a dor do parto, parto e dor.

ABSTRACT

The present study from the need to discuss changes in the model of obstetric and perinatal in the country still focused on the biomedical model. This model contributes to the increase in the number of invasive and interventional procedures during labor and delivery, unnecessarily and without the participation of women and / or family, causing an increase in the prevalence of cesarean and maintenance of high maternal mortality and perinatal. In health insurance, where cesarean rates are alarming, it is necessary to reflect the importance of good practice in the birth process, to facilitate the resumption of normal birth. Accordingly, it is proposed that this intervention project with the goal of building an intervention project for a Private Maternity in the city of Belo Horizonte - MG, on the benefits of using non-pharmacological methods of pain relief in childbirth.

The obstetrician nurse acts to provide freedom of movement, walking, shower baths, breathing exercises, lumbar massage with relaxation, privacy and support, promotes ambience in the process of giving birth, thereby, that the mother has a good experiences delivery, making this be seen as pleasurable and happy.

Descriptors: Humanized Birth, Techniques relief the pain of childbirth, childbirth and pain.

	SUMÁRIO	PÁGINA
1-	INTRODUÇÃO.....	10
2-	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
	2.1 - O cuidado ao parto na história.....	13
	2.2 - A história do parto no Brasil.....	15
	2.3 - A Humanização da assistência ao parto.....	17
	2.4 - Terapias não farmacológicas de alívio a dor do parto.....	21
3	OBJETIVOS.....	28
4	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
	4.1 - Diretrizes.....	29
	4.2 - Metas.....	30
5	ESTRATÉGIAS.....	31
6	RESULTADOS ESPERADOS.....	33
7	CRONOGRAMA.....	34
8	ORÇAMENTO.....	35
	8.1 - Fontes de Financiamento.....	35
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1-INTRODUÇÃO

A obstetrícia é uma das especialidades mais envolventes na enfermagem, pois permite ao profissional interagir, de forma ativa, com o trinômio pai-mãe-filho e mesmo com toda família, no momento tão especial que é o nascimento, permitindo ainda ao enfermeiro a possibilidade de vivenciar o verdadeiro sentido da enfermagem, que é “estar junto” e “cuidar”, respectivamente. Nada é mais maravilhoso do que a formação de uma nova vida humana. É necessário considerar que cada parto (independentemente da paridade), e cada nascimento são episódios únicos na vida da mulher e da criança, constituindo experiências de extrema importância, que ficarão registrados na intimidade de seu ser.

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Sabe-se que as mesmas eram conhecidas na sociedade pela suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Assim, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades, sendo considerada incômoda à presença masculina durante a parturição (MOURA *et al.*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a atenção à mulher em processo parturitivo, até o século XIX, foi desenvolvida por parteiras, inseridas no contexto domiciliar e considerada uma prática eminentemente feminina, na qual a parturiente recebia o apoio de outras mulheres de sua família ou de parteiras da comunidade, vivenciando este momento como um evento de expressão natural e único em suas vidas. Com a institucionalização do parto, outros atores envolveram-se neste cenário, com o profissional médico assumindo o papel hegemônico da assistência. O parto então passou a ter caráter patológico, sendo marcado pela invasão na sua fisiologia, mediante a utilização de técnicas obstétricas, e ausência de privacidade para a parturiente, que era submetida à terapêutica e decisão médica. Este processo foi determinante para afastar a família do nascimento, atendendo às necessidades dos profissionais de saúde em detrimento das necessidades das parturientes. Nesta direção, a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, precisa ser modificada, já que a implementação de uma atenção mais adequada às necessidades destas mulheres, parece ser o foco das discussões atuais dos movimentos em prol da humanização da atenção à mulher em processo parturitivo.

Concordando com Moura *et al.*,(2007), observamos que o modelo de assistência obstétrica que encontramos, hoje, no Brasil, é caracterizado por um alto grau de medicalização e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. A humanização do parto varia como uma forma de garantir uma assistência baseada na evidência científica e na segurança, e não na conveniência de instituições ou profissionais.

A gestação e o parto são processos que geralmente transcorrem sem complicações. Em vista disso, é necessário que o profissional de saúde tenha uma visão crítica evitando intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Humanizar significa respeitar a individualidade da mulher. No Brasil, o ano de 2004 foi estabelecido como o ano da Mulher, conforme a Lei número 10.745/03 do MS. Esta lei amplia a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ao incorporar a promoção da saúde como princípio norteador, com ênfase especial na melhoria da atenção obstétrica. Um dos aspectos observados pelo PAISM é o monitoramento dos pactos de redução da taxa de cesariana em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), e da implementação do Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e no nascimento (PHPN), com o objetivo de resgatar a cultura do processo do parto normal como natural. É importante ressaltar que a enfermagem tem participado das principais discussões sobre a saúde da mulher, juntamente com movimentos feministas, em defesa do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Diante disto o MS, tem criado portarias que favorecem a atuação desta profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e conseqüente humanização da assistência, tanto em maternidades, como em Centros de Parto Normal (CPN) (MS, 2000).

Vivemos hoje no Brasil uma situação alarmante, onde os números de partos cesáreos estão entre os mais altos do mundo, podendo ultrapassar 80% dos casos em instituições hospitalares privadas, além da adoção indiscriminada de práticas desnecessárias, atribuindo-se ao parto normal uma conotação negativa perante as mulheres (SACRAMENTO e TYRREL, 2006).

Atuando em uma instituição privada, onde o modelo de assistência à mulher é centrado no modelo biomédico, e não é incentivado o uso de técnicas não farmacológicas de alívio a dor durante o trabalho de parto.

Já em campo de estágio, durante a especialização em enfermagem obstétrica, atuei na assistência ao parto, em uma instituição pública, onde o uso de técnicas não farmacológicas de alívio a dor durante o trabalho de parto é altamente empregado. Foi possível observar a sua importância e efetividade, através dos indicadores de saúde, que a respectiva maternidade possui, bem como pelas atitudes das mulheres diante de sua utilização.

Diante dessa experiência percebi que é necessário que todos os profissionais que prestam assistência a mulher no processo parturitivo, conheçam os benefícios e a efetividade dos MNF para que sejam utilizados e assim, tenhamos melhores resultados ao binômio, pois são práticas que favorecem positivamente no parto.

.Os quatro indicadores básicos de qualidade na assistência no trabalho de parto e no parto recomendados pela OMS são: receber informações que desejasse no trabalho de parto e no parto, uso de métodos não invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, presença do acompanhante de escolha da parturiente no trabalho de parto e no parto; contato precoce pele a pele entre mãe e filho em sala de parto. Esses indicadores caracterizam o conceito de humanização que abordam um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes visando à assistência ao parto e o nascimento saudável. Portanto, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados, proporcionando à parturiente alívio da dor, tornando o parto humanizado, dando à mulher a oportunidade de ter uma boa vivência deste momento especial que é o nascimento do filho.

2-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1- O Cuidado ao Parto na História

Com os avanços tecnológicos e o desenvolvimento da medicina, o cuidado prestado à mulher na parturição sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto. Mas apesar desses avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e infantil, eles contribuíram para que hoje a parturiente seja a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, sendo violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã-plena de direitos (VARGENS e PROGIANTI, 2004).

No passado, o parto era acompanhado por mulheres em âmbito domiciliar, por parteiras ou comadres, que eram pessoas da confiança da gestante ou de experiência reconhecida na comunidade, que tinham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução. A participação masculina até o século XII era muito pequena, contrária aos padrões culturais dominantes na época, levando a um atraso no desenvolvimento de uma atividade médica ligado à mulher. A assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, em que as parteiras criavam um clima favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações e, os homens apenas assistência aos partos de animais (PROGIANTI e BARREIRA, 2001).

As parteiras, além de ajudarem no processo de parturição, também eram benzedoras, realizavam abortos e eram cúmplices de infanticídios, o que deu margem ao descrédito da profissão. Tal ambiguidade levou a uma intervenção do estado e da igreja, cujos objetivos alegados eram impedir a realização de abortos e infanticídios, coincidindo com as perseguições às feiticeiras, muitas destas feiticeiras eram parteiras e foram queimadas pelas fogueiras da inquisição, conseguindo transformar sua prática em uma atividade suspeita. A partir de então, a arte de partejar começa a sofrer regulamentações governamentais e/ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias às comissões eclesiásticas ou municipais (SEIBERT *et al.*, 2005).

A competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. As parteiras, não tendo acesso a universidade, portanto ao conhecimento, foram aos

poucos se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos, afastando-se gradualmente das práticas obstétricas. O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia. Entretanto, foi necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto, e a institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento de tais técnicas. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Deu início o processo de horizontalização do parto se processou simultaneamente à medicalização do nascimento como advento dos cirurgiões obstétricos. Foi sob a influência da escola obstétrica francesa liderada por François Mauriceau no século XII, que o parto horizontal foi introduzido, com grande influência na corte francesa de Luis XV, ao assistir o parto da rainha Louise de La Vallière, o fez na posição horizontal numa cama de parto (*lit de misere*), para que o rei também o assistisse (SEIBERT *et al.*, 2005).

Dois anos depois, Mauriceau recebeu a visita de Hugh Chamberlein, membro da sociedade aristocrata britânica e que possuía o segredo do fórcepe, e conheceu o valioso instrumento. O fórceps, mais do que qualquer instrumento, simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica. Consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso e ficou sendo caracterizado como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam a ser privado, íntimo e feminino, e vivido de maneira pública com a presença de outros atores sociais, foi criado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain. O desenvolvimento desta técnica levou a um declínio na profissão das parteiras, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito, e substituindo o paradigma não-intervencionista do parto controlado pelo homem, como meio de facilitar tais intervenções, e sob a influência de François Mauriceau, da escola obstétrica francesa, que o parto horizontal começou a ser adotado (SEIBERT *et al.*, 2005). Observaram que a posição horizontal facilitava as intervenções médicas, e o estudo de mecanismo de parto foi de extrema importância para que fosse retirado das parteiras e marginalização da sua prática no século XVIII. De Lee postulou no primeiro número do jornal americano de ginecologia e obstetrícia, em 1920, que: “Os partos em

primíparas deveriam ser realizados por um especialista em obstetrícia sob anestesia geral com o auxílio de um fórcepe eletivo e episiotomia”. Sob a influência desses preceitos o parto em litotomia dorsal tornou-se de eleição na obstetrícia ocidental. Em 1668, François Mauriceau, publicava em ***Traité dès Maladies dès Femmes Grosses et Accouchées*** suas observações sobre os benefícios da deambulação durante o trabalho de parto:

“... as mulheres sempre tiveram trabalhos de parto difíceis quando permaneceram demasiado tempo em suas camas durante o trabalho de parto, sobretudo muito piores, quando se tratava dos primeiros filhos, do que foi permitido andar e movimentar-se suportando sua barriga sob seus braços, se necessário; pois, desta maneira, o peso da criança estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama; suas dores sejam menos fortes e freqüentes, e seu trabalho de parto, muito mais curto.”

Pensando assim as parteiras equilibristas do Sudão deixam uma corda pendurada no teto da cabana para que a parturiente possa agarrá-la e segurar-se nela, enquanto é segurada pelas mulheres de sua família que a seguram pelos quadris. Assim, a mãe tem o amparo e a escolha de ter o parto de cócoras ou em pé. Além disso, ela pode girar e balançar-se nessa posição estável durante o trabalho de parto (BARACHO, 2007).

2.2 - A História do Parto no Brasil

Durante a história, a medicina adquire o poder de transformar eventos fisiológicos em doenças, tendo uma forte influência ideológica na nossa cultura, capaz de tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico (SEIBERT *et al.*, 2005).

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta da Europa. No período colonial, as parteiras eram detentoras da arte de partejar e

possuidoras do saber empírico e praticantes das artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes (SEIBERT *et al.*, 2005).

Entretanto, as mudanças se deram, de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. Quando a corte portuguesa veio para o Brasil, parteiras francesas formadas foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris. Além de partejar, administravam vacinas contra varíola e tratavam das moléstias do útero (RESENDE, 1991).

Vale destacar que a posição das mulheres frente ao processo de medicalização, não foi propriamente a de vítima. As mulheres de classe mais alta não aceitavam mais sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além do que parir com a assistência de um médico significava maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação dos hospitais, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, intervenções cirúrgicas, utilização do fórceps profilático e episiotomias desnecessárias (PROGIANTI e BARREIRA, 2001)

Ao nos depararmos hoje com o desenvolvimento da engenharia genética, fertilização *in vitro* e da medicina fetal, vivemos um grande dilema, no qual o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade, fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme em um momento traumatizante para a gestante (SEIBERT *et al.*, 2005).

Um dos indicadores que avalia a qualidade do cuidado obstétrico é a taxa de cesarianas. O Brasil apresenta uma das mais altas taxas de parto cesárea do mundo, sendo alvo de grandes debates e críticas. O país encontra-se longe das taxas de 10 a 15% de cesáreas, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que cobrem todas as indicações médicas. O aumento da frequência de parto cesárea não apresenta associação positiva com aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascidos. O risco de morte materna segundo o tipo de parto revela maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea,

devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas (PRIMO, AMORIM e CASTRO, 2007).

2.3 - A Humanização na Assistência ao parto

“A Humanização, de fato, não é apenas um conceito. É uma filosofia de ação solidária. É uma presença, é a mão estendida. É o silêncio que comunica. É a lágrima enxugada. É o sorriso que apóia. É a dúvida desfeita. É a confiança restabelecida. É a informação que esclarece. É o conforto na despedida!”

(MEZOMO, 2001).

O propósito ou meta de humanizar, em todos os sentidos apontados, mais objetivamente no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial sérios problemas e carências de muitas das condições recomendadas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil. Podemos afirmar que humanizar é garantir a palavra, a sua dignidade ética, ou seja, o sofrimento humano. As percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas, precisam que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, e quando este sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. Depende da nossa capacidade de saber falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes, isto é, sem comunicação, não há humanização (OLIVEIRA; COLLET e VIEIRA, 2006).

No debate contemporâneo, sobre as políticas públicas de saúde são alvos de importantes conflitos, estão envolvidas questões técnicas, éticas e de qualidade de vida. Supõe-se que modelos com componentes de suporte emocional e social têm uma importante contribuição para os serviços, no entanto, modelos altamente intervencionistas, não acompanhados de evidências substantivas sobre seus benefícios, são ainda observados em diversas áreas da prática médica. (BOARETTO, 2003).

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (BOARETTO, 2003).

Nas últimas décadas tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e, não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder, sem qualquer questionamento. Dentro desse contexto a Enfermeira Obstetra tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas casas de parto, como nas maternidades. Para tanto, é necessário na formação de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebem mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência que possam comprometer os direitos da mulher e cidadã. Já o conceito de humanização do parto é bastante diversificado, há movimentos defendendo como um processo que respeita a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonista e buscando uma adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas (MOURA *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisamos lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade é

fundamental. Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento e isso permite estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação”, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e bebê (BRASIL, 2005).

De acordo com Prado (2004), citado por SEIBERT *et al.*, 2005 humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe e a cada pai, ou seja, a família envolvida em cada nascimento. A técnica não pode ser mais importante que as pessoas envolvidas e o parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural e feminino. Ressaltando-se que para uma boa experiência de parto é importante o grau do quanto à mulher se sentiu protagonista do evento.

Abandonar rotinas que adéquam o TP ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência, centrada no modelo biologicista cada vez mais seduzido pela tecnologia, seria incapaz de proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto desta forma. A visão do TP e do parto como eventos de risco e a necessidade de conformá-los ao processo de produção do hospital implicam quase sempre a tentativa de regulação e controle do parto pelos médicos, levando a inevitáveis interferências (DIAS e DOMINGUES, 2005).

Embora não se possa negar que as taxas de cesariana são a mais viva evidência do processo de medicalização da vida da mulher no processo de concepção, diminuí-las não significa humanizar o parto, uma vez que a simples substituição da cesariana por um parto intervencionista (excesso de exames vaginais, ruptura artificial de membranas, episiotomias, posições tradicionais entre outras) não levará, por si só à humanização do parto, haja vista que esse processo depende de mudanças de paradigma. (CASTRO e CLAPIS, 2005).

Concordando com MS (2011), observamos que a dor durante o trabalho de parto é universal: parir foi e é considerado doloroso por quase todas as culturas do mundo. Em nossa cultura, predominantemente judaico-cristã, as dores no parto são vistas como um castigo de Deus a Eva e suas descendentes pelo pecado original:

"Multiplicarei as dores de tua gravidez, será na dor que vais parir os teus filhos" (Genesis III, 16), livro da bíblia sagrada.

As respostas às dores do parto são variáveis de acordo com as diversificações culturais, as características psicológicas, a individualidade das mulheres e o ambiente em que as clientes são atendidas. Assim, espera-se que tudo o que compõe o espaço social no momento da parturição, como o ambiente, os profissionais, os instrumentos utilizados e as sensações percebidas pelas parturientes, podem contribuir para fechar ou abrir o sistema de transmissão da dor (MACEDO et al., 2005).

A intensidade da dor sentida por uma parturiente, como a tensão, a ansiedade e o medo do parto, a motivação para o parto e a maternidade, a paridade (primíparas referem mais dor que múltiparas), a participação de cursos de preparação para o parto, a idade da paciente, o nível sócio-econômico, o antecedente de dismenorréia (cólica menstrual), o tamanho do feto, o peso da parturiente, a hora do parto, outras experiências dolorosas vivenciadas antes do parto, a posição da parturiente durante o trabalho de parto, o uso de drogas, são alguns dos fatores que interferem na intensidade da dor. Não é possível prever a intensidade da dor para cada parto. Cada mulher é única e cada parto é vivenciado de forma única. Diversos fatores podem influenciar para induzir ou aumentar as contrações uterinas, além de normas sociais que também podem influenciar o julgamento da intensidade da dor (RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008).

Entre os aspectos importantes da assistência obstétrica no Brasil que influenciaram com o aumento da incidência de cesárea, o medo da dor tem uma forte ligação. A insuportabilidade imaginada dessa dor pode imprimir ao momento do nascimento algo tão aterrorizante que leva muitas mulheres à opção do parto cirúrgico. Termos como agonia, medo, provação, terror, sofrimento morte têm sido associados às vivências do trabalho de parto e ao parto, em muitas culturas e grupos sociais. O acervo dos modos de enfrentamento da dor mostra, por um lado, um grande e variado repertório de conhecimentos, rituais e técnicas disponíveis em culturas diversas e em conformidade com seus contextos históricos (RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008).

A partir dos anos 1950, o uso de técnicas comportamentais para minorar as dores do parto tornando-o uma experiência mais satisfatória foi largamente

disseminado pelos obstetras Dick-Read e Lamaze e por autores que propunham a psicoprofilaxia do parto utilizando os métodos da corrente reflexológica da Psicologia Experimental, tais métodos tinham em comum um processo de trabalho prévio com a futura parturiente que consistia no esclarecimento dos processos fisiológicos do parto; treinamento de exercícios para as fases do trabalho de parto; estabelecimento de contato prévio entre a mulher e quem iria atendê-la durante o parto. (RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008).

2.4 - Terapias Não Farmacológicas de Alívio a Dor do Parto.

A segurança e efetividade de Métodos, tanto farmacológicos como não farmacológicos, encontram-se disponíveis atualmente e sabemos que os não farmacológicos envolvem menos riscos quando utilizados neste processo. Embora a eficácia de algumas opções não tenha ainda sido comprovada, existem evidências confiáveis de várias técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, aumentando o conforto da parturiente (DOTTO *et al.*, 2007).

Os Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolve conhecimentos estruturados que vem sendo alvo de estudos desde a década de 60, mas seu uso se intensificou a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do MS, para assistência ao parto. Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher (BRUGGEMANN e GAYESKI, 2010).

Os métodos psico profiláticos, introduzidos no início do século XX como métodos Read, Bradley e Lamaze, foram sugeridos durante vários anos por diversos pesquisadores e tem por objetivo o alívio da dor durante o trabalho de parto, empregando as técnicas de respiração, relaxamento e educação. Esses métodos foram muito utilizados nas décadas de 1950 e 1960, porém sua prática se perdeu no tempo, coincidindo com o início da residência médica e medicalização do parto. A utilização de métodos não farmacológicos objetiva amenizar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente. As técnicas de respiração e relaxamento muscular são atrativas pela sua simplicidade e por garantir à parturiente participação ativa, durante processo de parturição e autonomia no controle da dor. ,

favorecem os profissionais que realizam assistência obstétrica e buscam caminhos simples e eficazes para reduzir a ansiedade e a dor do parto, sem causar efeitos colaterais e gerar ônus à instituição (SILVA, STRAPASSON, FISCHER, 2011)

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto mais difundidos serão descritos a seguir:

Método de Dick-Read: cursos de preparação para o parto nasceram na Europa, no princípio do século XX, Dick Read, obstetra inglês percebeu que, no hospital onde trabalhavam, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sós e pariam com dificuldade, então, observou que é necessário intervir, não só no seu estado físico (através de técnicas cada vez mais seguras), mas também sobre o seu estado psicológico. A partir dessa observação começou a preocupar-se com a necessidade de vencer aqueles temores (desde o medo atávico da dor e do risco inerente do parto, até o medo, mais recente, causado pelo ambiente hospitalar), informando as mulheres grávidas acerca do que lhes ia acontecer, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do filho e diminuindo, assim a dor. Hoje em dia, embora utilizando técnicas diferentes os cursos de preparação para o parto, têm os mesmos objetivos:

- Proporcionar à gestante, informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém nascido, de modo que possa passar conscientemente esse momento tão especial;
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia;
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração e relaxamento);
- Ensinar a colaborar com o próprio corpo para que tudo decorra de forma mais fácil e rápida possível;
- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso, melhor que ninguém pode oferecer a sua colaboração e solidariedade;
- Dar em muitos casos, ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o parto, possam estar o mais perto possível da futura mãe;

- Apresentar à mulher os ambientes em que irá estar internada e onde será assistida, para que lhe sejam menos estranhos

Este método é considerado um dos pilares da educação para o parto em diversos países, uma vez que orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdome e técnicas de relaxamento. Ainda preconiza o aprendizado do relaxamento por meio da concentração em cada parte do corpo separadamente, dos pés a cabeça, contraindo e relaxando os músculos. Recomenda a presença de acompanhante, pois o fato de permanecer sozinha ainda gera muito medo na mulher. Tem como objetivo principal evitar a tríade medo/tensão/dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o temor e evita a tensão, controlando a dor (COUTO, 2006).

Método de Bradley: Este método reafirma o parto como um processo natural, ou normal e possuem como foco principal as variáveis ambientais, como penumbra e o silêncio, para que o parto seja uma experiência a mais natural possível. Neste método, o acompanhante assume papel importante. No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente. Ao deitar, é orientada a se manter na posição de Sims, em decúbito lateral esquerdo de maneira confortável e a perna ligeiramente mais fletida para a esquerda e apoiada sobre a cama. Durante cada contração a mulher deve fechar os olhos, relaxar todos os músculos do corpo e respirar lenta e profundamente (inspirando pelo nariz e expirando pela boca). O acompanhante é incentivado a colocar a mão sobre o abdome da mulher, durante a contração (DOTTO *et al.*, 2007).

Método de Lamaze: Este método é conhecido como método psico profilático da dor, onde a mulher é ensinada a substituir suas reações à dor, ao medo e à perda de controle, por um comportamento mais positivo. O método de Lamaze é baseado na teoria de Pavlov sobre o reflexo condicionado. Atualmente, é o método mais popular de preparação para o parto e nele são combinados os relaxamentos musculares controlados e as técnicas de respiração, e a mulher é orientada a contrair grupos específicos de músculos, enquanto relaxam outros. Ela também aprende a focalizar um pequeno objeto que, durante o trabalho de parto, será usado como ponto focal. Este objeto é colocado onde possa ser visualizado pela mulher facilmente.

Exercícios respiratórios são incentivados durante toda a gestação, pré-parto e parto (DOTTO *et al.*, 2007).

Benefícios do parto na água: O uso da água durante o trabalho de parto para relaxamento e alívio da dor é muito antigo. Embora seja escasso na literatura estudos randomizados e controlados sobre o uso da água no trabalho de parto e parto, tem sido cogitado uma série de benefícios maternos e neonatais ao nascimento na água. A imersão do corpo na água provoca uma profunda redistribuição dos fluidos corpóreos, levando os benefícios hidrotérmicos, Hidrostáticos e hidrocinéticos já comprovados. A gravidade específica da água é de 1,0 e a gravidade média específica do corpo humano com ar nos pulmões é de 0,974; por isso, com a imersão na água, o corpo humano flutua e fica num estado agravitacional relativo. A sensação de perda de peso é igual ao volume deslocado pelo corpo imerso (lei do empuxo). Além disso, o efeito da compressão supina do útero grávidico sobre a veia cava inferior, podendo levar a hipotensão arterial e diminuição do retorno venoso e do fluxo uteroplacentário, não ocorre na grávida imersa na água devido a esses mecanismos hidrocinéticos. Com isso, a grávida tem uma maior liberdade de movimentos e de posicionamento dentro da água (de cócoras, ajoelhada, supina, decúbito lateral esquerdo, etc.) com mínima alteração hemodinâmica sobre a circulação feto-placentária. Por isso, a hidroginástica é tão prazerosa e deve ser estimulada durante a gestação (BARACHO, 2007).

O banho de imersão permite que a mulher assuma comando da situação, pois ela pode mobilizar seus recursos para buscar o bem-estar durante o processo de nascimento. O uso de métodos não-farmacológicos, como o banho de imersão durante o trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa das parturientes e permitindo maior participação do acompanhante (SILVA e OLIVEIRA, 2006).

Deambulação: A postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal, motivo pelo qual a influência das

mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas nas pesquisas.

A fundamentação fisiológica do efeito da posição materna no trabalho de parto vem sendo discutida. A posição supina traz malefícios materno-fetais em razão de ocasionar pressão na veia cava e na aorta, causar hipotensão materna e possível sofrimento fetal. Neste caso, as contrações tornam-se ineficientes, pois, na posição supina, o feto posiciona-se em paralelo com a espinha dorsal materna (SILVA et al., 2011).

Quando a parturiente assume a posição vertical, permite que a força da gravidade faça o útero pender para frente, ficando sob o suporte da parede abdominal, facilitando o alinhamento do eixo axial fetal com o materno, como trabalho de parto, a imobilidade materna pode contribuir para o aumento do número de distócias e risco de partos operatórios, por prejudicar a progressão ou descida fetal (SILVA et al., 2011).

Bola Suíça: É uma das estratégias para a promoção da livre movimentação da mulher durante o parto. Em 1963, a chamada “*Stability ball*” foi desenvolvida na Itália como brinquedo infantil, passando a ser utilizada para reabilitação de crianças com deficiência neurológica na Suíça. A partir desse período, os terapeutas da América do Norte denominaram-na, “bola suíça”. Já na década de 1970, ganhou força em razão de seu emprego na reabilitação de problemas posturais e neurológicos. Os primeiros registros do uso da bola em obstetrícia surgiram na década de 1980, em uma maternidade da Alemanha onde era utilizada pelas obstetrias na assistência prestada às parturientes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Estas obstetrias acreditavam que auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal (SILVA et al., 2011)

A bola suíça, também é conhecida como bola do nascimento, entre outros termos. É um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro. Entre os principais benefícios trazidos por exercícios com a bola na gravidez e no trabalho de parto, estão a correção da postura, o relaxamento e alongamento e fortalecimento da musculatura. A realização de exercícios com a bola

na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos e a fáscia da pelve. Essa posição ainda proporciona liberdade de mudança de posição à parturiente, o que contribui para a participação ativa da mulher no processo do nascimento, a movimentação suave da pelve promove o relaxamento da musculatura, que associada à ampliação da pelve auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto (SILVA et al., 2011).

Acompanhante e a presença de doula: Outros dois aspectos fundamentais para redução da dor durante o trabalho de parto e a humanização da assistência são a presença de acompanhante e a doula. Rattner (2009) reconhece que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto. Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante. A lei de 7 de abril de 2005, obriga os serviços de saúde da rede pública ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a permitirem a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério e a escolha do apoio do pai da criança durante estes eventos faz parte das propostas de humanização da assistência.

A Doula, monitora, assistente ou acompanhante de parto é segundo LEÃO e BASTOS (2000), uma palavra de origem grega que significa mulher servente. Historicamente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, auxiliando nos cuidados com o bebê, entre outras atividades domésticas.

No contexto atual, este termo refere-se àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação, é uma mulher sem formação técnica na área da saúde que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados do bebê, seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com

ela, prover encorajamento e tranquilidade. A doula presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico. As principais características observadas pelos profissionais na seleção das candidatas ao papel de doula foram:

- Vivência favorável da maternidade;
- Ser calma, tranqüila, carinhosa e solidária;
- Ser paciente, discreta e saber ouvir;
- Ter idade mínima de 21 anos;
- Ter saúde física e mental; e residir preferencialmente na comunidade assistida pelo hospital (LEÃO e BASTOS ,2000),

3 – OBJETIVO:

Instituir estratégias para a implementação de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto em uma Maternidade Privada no município de Belo Horizonte – MG

3.1 Objetivos Específicos:

- Discutir com a diretoria da instituição a proposta de intervenção;
- Refletir sobre a humanização do parto na instituição;
- Promover uma ambiência adequada para a parturiente e família;
- Promover a interação entre a equipe que assiste a mulher no processo parturitivo.
- Valorizar o papel de cuidadora que a enfermagem tem na equipe assistencial;
- Sensibilizar a equipe de saúde da maternidade sobre as possibilidades de utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;
- Divulgar as evidências científicas sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;
- Capacitar a equipe de enfermagem para utilização dos métodos;
- Disponibilizar os métodos não farmacológicos e a rotina de sua utilização;
- Elaborar material com informações para as gestantes e acompanhantes sobre a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;
- Avaliar o impacto da utilização desses métodos para a parturiente, acompanhante e equipe de saúde da maternidade.

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO:

O projeto será implementado no Hospital Dia e Maternidade Unimed - BH, (HDMU), localizado na Rua Viamão, 1171, Grajaú, no município de Belo Horizonte – MG, empresa privada que presta assistência materno-infantil, desde a sua criação, no ano de 2005, tendo como premissa, atender a mulher no ciclo gravídico puerperal.

No atendimento a mulher, a maternidade conta com:

- ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco, implantado desde novembro/2010, onde as pacientes são atendidas quando chegam por enfermeiro treinado, o serviço funciona diariamente de segunda a sexta de 07 às 22 horas e aos sábados de 07 às 16 horas.
- Consultórios Ginecologia/Obstetrícia: São 02, com funcionamento 24 h/dia, com 03 plantonistas que se revezam em plantões de 12 horas
- Pré Parto: Possui 03 leitos individuais
- Sala Parto: Possui 03 salas de parto destinados a obstetrícia, podendo-se utilizar as demais salas cirúrgicas (08 salas ao todo), de acordo com a demanda.
- Alojamento Conjunto: São 03 andares, ao todo possui 45 leitos, sendo 05 leitos no 4º andar, 20 leitos no 5º andar e 20 leitos no 6º andar, todos os quartos podem ser utilizados nas acomodações de apartamentos e enfermaria.

4.1 Diretrizes:

Este projeto terá como diretrizes, a assistência a mulher no processo parturitivo, baseado em evidências científicas. Será valorizado e incentivado a efetiva participação da mulher como protagonista do parto, de forma que assim, possa vivenciá-lo de maneira harmônica e prazerosa. A equipe de enfermagem da instituição será capacitada para este atendimento e os protocolos da maternidade serão reformulados, com ações efetivas, que possam ser mensurados por meio de indicadores assistenciais.

4.2 Metas

A) Viabilizar espaço físico adequado para a parturiente no pré parto, para que seja promovida ambiência, adequação do uso de MNF.

B) Solicitar apoio a Manutenção Biomédica e Predial para que seja instalado a escada de Ling e arcos para suporte da bola de Bobath (bola suíça) no pré parto.

C) Capacitar os enfermeiros, preparar a equipe que supervisiona, para que sejam multiplicadores das boas práticas na assistência ao parto, para toda a equipe, de forma que todos que prestam assistência utilizem a mesma linguagem.

D) Realizar através de práticas pedagógicas capacitação dos profissionais.

E) Registrar em prontuário quais técnicas foram utilizados para monitoramento e avaliação.

F) Diminuir intervenções durante TP e parto: episiotomia, analgesia peridural, fórceps, amniotomia e ocitócico de rotina.

G) Aumentar as taxas de parto normal.

5 ESTRATÉGIAS

Realizar uma vez por mês, por exemplo, toda primeira terça feira do mês, oficinas pedagógicas que terão as seguintes composições:

Quadro síntese da estratégia de intervenção

Objetivo	Meta	Estratégia
Discutir com a diretoria da instituição a proposta de intervenção	Implantar o projeto que será apresentado na Maternidade	Apoio institucional, defender o projeto por meio de indicadores apontados pela literatura
Refletir sobre a humanização do parto na instituição	Promover atitudes humanísticas nos profissionais que atuam no serviço de saúde como meio de assegurar a qualidade da atenção do processo de parto, nascimento e puerpério	Reuniões frequentes com a equipe assistencial de forma que haja uma reflexão sobre as atitudes e condutas prestadas durante a assistência
Promover uma ambiência. Adequada para a parturiente e família	Discussão do modelo assistencial, organização do espaço físico, verificar/problematizar o que a normatização traz: características, instalações e dimensões, negociando o melhor arranjo. Cumprimento da RDC 36/2008, nova resolução para Obstetrícia e neonatologia, em substituição a RDC 50/, para esse serviço	Utilizar-se de métodos não farmacológicos, ex: musicoterapia, aromaterapia, incenso e essências, bola suíça, unir saber da arquitetura, engenharia e equipe que assiste a mulher no período parturitivo
Promover a interação da equipe que assiste a mulher no processo parturitivo	Melhorar os processos de trabalho, Comunicação eficaz, satisfação de parturientes e conseqüentes melhoras da assistência obstétrica com definição do papel de cada membro da equipe (construção e reformulação de POP - Procedimento Operacional Padrão e PS - procedimento Sistema)	Capacitação permanente
Valorizar o papel de cuidadora da equipe de enfermagem	A busca por um processo educativo contínuo no sentido de garantir uma assistência de qualidade. Promovendo competências técnicas científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos trabalhadores. Diminuir turn over	Valorização da equipe Feed Back positivo Exercer a liderança Capacitação Dinâmicas de grupo
Sensibilizar a equipe de saúde da maternidade sobre as possibilidades de utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;	Proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto.	Capacitação permanente

<p>Divulgar as evidências científicas sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;</p>	<p>Estimular o seu uso de forma apropriada e segura. Promover autonomia da mulher para que a mesma possa experienciar este momento de forma menos traumática possível</p>	<p>Explicar os benefícios dos métodos não farmacológicos evidenciados pela literatura</p>
<p>Mobilizar a equipe de enfermagem para efetivação da proposta;</p>	<p>Conscientizar os profissionais da instituição sobre a mudança de paradigma, transformando e criando novas situações, formas de cuidar, conviver e trabalhar. Esclarecendo o que é humanização do parto e nascimento e a sua importância no nosso cotidiano</p>	<p>Ser exemplo em atitudes e condutas. Informar, orientar, conduzir a equipe diariamente. Multiplicador de boas práticas.</p>
<p>Elaborar material com informações para as gestantes e acompanhantes sobre a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto;</p>	<p>Aproveitar as campanhas realizadas pela empresa: Benefícios de MNF, aleitamento materno, vínculo binômio, ocitocina - hormônio do amor, Incentivo parto normal</p>	

6 RESULTADOS ESPERADOS

A) Apropriação, por parte dos envolvidos com este projeto, sobre a fisiologia do parto e a importância dos métodos não farmacológicos de alívio a dor de parto.

B) Demonstrar os benefícios do parto normal, importância de uma assistência humanizada a mulher no durante processo parturitivo.

C) Conhecimento, por parte dos envolvidos, por meio de definições de papéis e atribuições específicas de cada membro da equipe, de sua importância e interdependências, estimulando ações que visem à mobilização profissional.

D) Identificação dos principais problemas e buscar soluções criativas e viáveis para o enfrentamento das várias situações vivenciadas no cotidiano.

E) Estreitar as relações entre a equipe multiprofissional.

F) redução das taxas cesáreas desnecessárias e consequente aumento das taxas de parto normal/natural.

G) Participação efetiva da mulher, como protagonista do parto.

H) Agregação do enfermeiro Obstetra na assistência a mulher.

7 CRONOGRAMA

Atividades	Meses	JUL 2013	AGO 2013	SET 2013	OUT 2013	NOV 2013	DEZ 2013	JAN 2014
Apresentação do Projeto a Diretoria		X						
Aquisição de Insumos: escada de ling, bola Suíça, som			X					
Capacitação equipe enf.				X	X	X	X	X
Oficinas com a equipe enf.				X	X	X	X	X
Avaliação (final do dezembro)							X	
Definição de metas para próximo semestre							X	X

Fonte: Viviane Adélia Santos, 2013

8 - ORÇAMENTO

Quantidade	Discriminação	Valor	Valor Total
4	Escada de Ling	418,00 Marca: espaldar	1672,00
2	Bola suíça 55 cm	32,80 Marca: Live Up	65,60
2	Bola suíça 65 cm	48,90 Marca: Vollo	97,80
1	Bola suíça 75 cm	109,90 Marca: Bioshape	109,90
Diversos	Cartolinas, pincéis, giz de cera, papel A4		200,00
04	CD com músicas instrumentais para musicoterapia		4,00
04	Aparelho de Som	Philips	400,00
Total			2549,30

Fonte: Viviane Adélia Santos, 2013

8.1 - FONTES DE FINANCIAMENTO

As fontes de financiamento são de responsabilidade da instituição, podendo de imediato ser utilizado fundo fixo e ser orçado no centro de custos para o próximo ano. Os valores podem ser diferenciados de acordo com a pesquisa que a instituição fizer. Lembramos que no orçamento não consta os gastos prévios com estruturação física para atender a RDC 36/2008. Da mesma forma que não entra neste orçamento os gastos prévios que já se espera no serviço, como adequação do ambiente com camas PPP com arco, banquinho para parto e a adequação da unidade. Como também não entrou no orçamento o recurso humano, pois todos os profissionais fazem parte do quadro de colaboradores da instituição

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência. Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas em toda a área da saúde. No entanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda se observa dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maioria das vezes sem real indicação, uso abusivo da tecnologia de ponta.

A mudança do paradigma tecnocrático da assistência ao parto para o modelo humanista é uma necessidade crescente e atualmente em pauta nas diversas instâncias definidoras de políticas públicas, entidades de classes e nos movimentos de mulheres

Percebe-se que a proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais. As discussões sobre a humanização trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco.

A humanização do parto foi se perdendo ao longo dos anos, através de práticas assistencialistas, por isso temos uma necessidade de atuar diretamente com quem cuida. Este projeto irá permitir que cada membro do grupo sinta e deixe aflorada a necessidade crescente de humanizar, cuidar, de tal forma que seja arte do cotidiano de trabalho em sua atuação profissional, permite mudança de comportamento e atitude, o cuidado na qualidade dos serviços prestados é uma necessidade básica. Os clientes têm cada dia mais conhecido seus direitos e exigem

obtê-los, qualidade e eficiência dos serviços serão as peças fundamentais na produção da saúde.

Um ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível conduz para o relaxamento psico-físico da mulher. Permanecer sozinha durante o trabalho de parto gera medo e o principal objetivo é evitar a tríade medo, tensão e dor. A gestação, parto e puerperio constituem uma experiência humana das mais significativas, com potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. Trata-se de um processo singular na vida do casal, mas que envolve também as suas famílias e a comunidade.

A OMS recomenda no atendimento ao parto normal, condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas, entre elas:

- Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
- Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
- Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.

A implementação deste projeto irá promover mudanças na qualidade da assistência sob a percepção das mulheres que recebe o cuidado, mas acredita-se que irá impactar na formação dos profissionais que prestam este cuidado. A administração hospitalar deve primar em aplicar mudanças de comportamento e de mentalidade sua e de seus colaboradores, pois é uma missão que deve envolver toda equipe, fechando o elo. Não é suficiente apenas fazer mudanças na estrutura organizacional do hospital, remanejando serviços ou criando novos, é necessária

uma mudança cultural e que todos os serviços tenham sua gestão focada no cliente e na qualidade da assistência prestada. Acredita-se que, com a implantação desta proposta, seja possível mudar o perfil da maternidade e os indicadores perinatais da maternidade.

.

.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4º edição revisada editora Guanabara Koogan S.A, 2007

BRASIL; 2000. **Assistência ao pré-natal**. Portaria MS/GM nº569, 01 de junho de 2000. Disponível em: url: <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/humanizacao>.

BRASIL, M. S; **Parto, Aborto e Puerpério. Diretriz Básica Operacionais para a Saúde Pública**. 1ª ed. 2003. Brasília. Ministério da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada**. Manual Técnico. Brasília - DF, MS, 2005

BOARETO, M. C. **Avaliação da política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação. RJ, Ministério da saúde, 2003.

BRÜGGEMANN, O. M, GAYESKI, M.E **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática**. Texto Contexto Enfermagem, 2010, Vol 19 - Pág 774-782.

CASTRO J. M; CLAPIS, M. J; **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Revistas Latino-americanas de Enfermagem, 2005 vol. 13, nº 06.

COUTO, G. R. **Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto**. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2006. Vol. 14, nº 02.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M; **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2005

DOTTO, L. M. G; MOULIN, N. M; MAMEDE, M. V; **Assistência Pré-Natal: Dificuldades vivenciadas pelas Enfermeiras.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 14, nº 05.

LEÃO, M. R. C; BASTOS, M. A. R. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: Experiência do Hospital Sofia Feldman.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2001 vol. 09, Nº 03. Pág. 90-94.

MACEDO, P. O; PROGIANTI, J. M; VARGENS, O. M. C; SANTOS, V. L. C; **Percepção da dor pela Mulher no Pré-Parto: A Influência do Ambiente.** Revista de Enfermagem da UERJ, 2005 vol. 13, nº 01. Pág. 306-312.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde.** São Paulo, Ed. Monole, 2001.

MOURA, F. M. J; CRIZOSTOMO, C. D; NERY, I. S; MENDONÇA, R. C. M; ARAÚJO, O. D; ROCHA, S. S; **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2007 vol. 60, nº 04. Pág. 452-455.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N; VIEIRA, C. S; **A humanização na assistência à saúde.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2006 vol. 14, nº 02. Pág. 227-284.

PRIMO, C. C; AMORIM, M. H C; CASTRO, D. S; **Perfil Social e Obstétrico das puérperas em uma Maternidade.** Revista de Escola de Enfermagem da UERJ, 2007. Vol. 15, nº 02. Pág 161-167.

PROGIANTI, J. M; BARREIRA, I. A. A; **Obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século xx.** Revista de enfermagem UERJ, 2001 vol. 09.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Interface - Comunicação, Saúde e educação. Vol.13, supl. 1, p.595-602, 2009.

RESENDE, J. **Obstetrícia**. 5^o edição. Rio de Janeiro. 1991. G. Koogan

RODRIGUES, A. V; SIQUEIRA, A. A. F. **Sobre as dores e Temores do Parto: Dimensões de uma escuta**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2008. Vol 08, nº 02. Pág. 179-186.

SACRAMENTO, M. T. P; TYRRELL, M. A. R; **Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica**. Revista de Enfermagem UERJ, 2006 vol 14, nº 03.

SANTOS, L. M. SANTANA, R.C.B, FRANOREIRA, T.A.F, ALMEIDA, K.C, NEVES, E.S, **Atenção Medicalizada no Processo Parturitivo: Percepção de Puérperas**. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal, 2012

SEIBERT, S. L; BARBOSA, J. L. S; SANTOS, J. M; VARGENS, O. M. C; **Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na história**. Revista de Enfermagem UERJ, 2005 vol. 13.

SILVA, F. M. B. S; OLIVEIRA, S. M. J. V; **O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto**. Revista da Escola de Enfermagem USP, 2006 vol. 40, nº 01.

Silva, L. M, OLIVEIRA, S.M.J.V, SILVA, F.M.B, ALVARENGA, M.B.A. **Uso da Bola Suíça no Trabalho de Parto**. Acta Paulista de Enfermagem, 2011. Vol 24. Pág. 656-662.

SILVA, E. F; STRAPASSON, M. R; FISCHER, A. C. S. **Métodos Não Farmacológicos de Alívio a dor Durante Trabalho de parto**. R. Enferm. UFSM 2011

VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M; **O processo de desmedicalização na Assistência à mulher no ensino de Enfermagem.** Revista de Enfermagem USP, 2004 vol. 38 Pág. 46-50

