



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS -
UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA
FASAB**

CURSO DE ENFERMAGEM

**ANA MARIA DA COSTA
DILENE ANDRÉIA DIAS ROSA
MARIA FILOMENA DA SILVA
NEUZA MARIA GARCIA LOPES
VALDECI CAETANA DA CUNHA**

**RENILZA APARECIDA DO NASCIMENTO CABRAL
ORIENTADORA**

**A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**BARBACENA
2009**

A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

ANA MARIA DA COSTA¹
DILENE ANDRÉIA DIAS ROSA¹
MARIA FILOMENA DA SILVA¹
NEUZA MARIA GARCIA LOPES¹
VALDECI CAETANA DA CUNHA¹

RENILZA APARECIDA DO NASCIMENTO CABRAL²
ORIENTADORA

RESUMO

O presente estudo trata de uma pesquisa bibliográfica dirigida aos profissionais de enfermagem com o intuito de ressaltar a importância da humanização da assistência ao parto. Humanização é uma ação solidária que coloca o serviço em função de pessoa humana garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade, onde os cuidados se tornam dinâmicos, acolhedores, reflexivos e desempenham uma assistência com competência e sensibilidade. Humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, considerando os contextos sociais, psicológicos, biológicos, éticos, educacionais e culturais. Ao assistir à mulher que vivencia o ciclo gravídico - puerperal, os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto. Prestar uma assistência humanizada à mulher é reconhecer que ela é a condutora do processo de nascimento, proporcionando um resgate da autonomia da mulher no parto e a singularidade deste momento.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Competência técnica do enfermeiro. Periparto.

¹ Alunas do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos/ UNIPAC - Barbacena-MG.

² Graduada em Enfermagem pela UNIPAC - Barbacena/ MG. Especialista em Gestão de Estratégia de Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho pela FIJ - Faculdades Integradas de Jacarepaguá. Professora e supervisora de estágios do curso de Enfermagem da UNIPAC – Barbacena.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico que simboliza a capacidade reprodutiva inerente à mulher, tendo como ápice o parto. O nascimento compreende um evento singular, marcante e especial na vida da mulher e de sua família.

As modificações de ordem interna e externa provocadas pela gestação e processo de parto trazem sentimentos recompensadores e maravilhosos, porém, ao mesmo tempo, angustiantes e conflituosos, tanto para quem é assistido como para quem assiste.

Considera-se que com o aprimoramento tecnológico, perdeu-se o envolvimento emocional e o calor humano. O cuidado foi se tornando um produto baseado em rotinas despersonalizadas e tecnicistas, em que a parturiente é tratada sem enfoque humanista.

As discussões em torno de uma assistência humanizada são amplas e não se direcionam apenas para as questões técnicas e estruturais, mas também contemplam a valorização dos relacionamentos estabelecidos entre os profissionais e a clientela.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar editado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2000 corrobora esta afirmação quando relata que para haver humanização da assistência hospitalar duas vertentes são de extrema relevância: a qualidade dos serviços de saúde e o relacionamento estabelecido entre profissionais e clientela.

Este trabalho justifica-se por reconhecer que apesar da humanização do nascimento e parto aparecer como tendência da atualidade e ser um tema relevante, abordado em publicações e eventos, ainda há muito a ser feito e alterado para se tornar uma realidade. Essencialmente, a equipe de enfermagem torna essa prática validada quando traz ao ser cuidado não só benefícios físicos, mas também biopsíquicos, que podem ser traduzidos pelo respeito à vida humana e a singularidade de cada um.

O objetivo deste artigo é estimular a reflexão acerca do valor da humanização da assistência ao parto, bem como analisar as práticas de atendimento à mulher no periparto numa retrospectiva histórica, identificar as habilidades necessárias para que o enfermeiro promova uma assistência humanizada à parturiente e assinalar

estratégias possíveis para se alcançar a humanização do processo do parto e nascimento.

2 RETROSPECTIVA HISTÓRICA

A gestação e o nascimento, desde os primeiros tempos, eram envolvidos por mistérios, tabus, preconceitos e rituais que buscavam explicar o incompreensível, o não visto, a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação à gravidez eram e continuam sendo incontáveis, remontando aos tempos mais antigos, alterando-se de acordo com cada cultura e momento histórico.

Na Antiguidade, a gravidez era extremamente valorizada, em razão de sua finalidade, a perpetuação da espécie. As mulheres grávidas eram consideradas escolhidas por Deus para dar continuidade à vida humana, sendo respeitadas e cultuadas através da religião (ZAMPIERE, 2001).

A mesma autora defende que naquela época, a primeira certeza que a maternidade trazia era o risco mortal da gravidez e, principalmente dos partos, visto que muitas mulheres morriam de parto e de suas sequelas. Isto se agravava em razão dos casamentos pré-púberes e do grande número de gestações, já que a procriação e a maternidade eram iniciadas muito cedo.

No final da Idade Média, a experiência do nascimento acontecia nos ambientes domiciliares, sendo considerado um processo fisiológico, de caráter íntimo e privado. Os agentes da assistência eram as parteiras que, apesar de não dominarem o conhecimento científico, tinham credibilidade e respeito devido à vasta experiência adquirida ao longo da vida. A presença masculina no cenário do nascimento era considerada incômoda, sendo uma função restritamente feminina (CECAGNO; ALMEIDA, 2004).

No século XVIII, a obstetrícia firmou-se como matéria médica, a figura masculina surgiu no cenário do parto, inibindo o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto. Essa participação médica substituiu a idéia de parto como um ato feminino, caracterizando-o como um evento médico, sendo vivenciado de maneira pública, com a participação de outras pessoas (ZAMPIERE, 2001). Com a medicalização da gestação, a mulher deixou de ter controle sobre seu

corpo, repassando a responsabilidade pelo nascimento e pela sua vida ao médico, que se tornou o condutor de todo o processo de gestar e parir.

Acrescentando Zampiere (2001), os obstetras daquela época entendiam que a gravidez era um estado patogênico, que desorganizava o organismo feminino física e psicologicamente. Suas ações visavam a minimizar a crise do parto, proporcionar conforto e diminuir os anseios das gestantes e parturientes que suplicavam para não morrer no parto. Os progressos médicos se estenderam à formação e expansão de parteiras, que passaram a aprender em manuais as regras elementares de higiene e anatomia.

A partir do século XX, na década de 40, a institucionalização do parto se intensificou, favorecendo a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo. A hospitalização proporcionou a perda da autonomia e privacidade feminina, a separação da família, imposição de normas institucionais e a técnicas medicalizáveis sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente (BRASIL, 2003).

Como consequência, o parto passou a ser vivenciado como um momento angustiante, de extremo sofrimento físico e moral. A dor e os sentimentos negativos proporcionados por esse modelo de assistência impediam que o parto se processasse fisiologicamente, culminando com práticas intervencionistas, na maioria das vezes evitáveis (MOURA et al, 2007)¹.

Neste contexto, Tanaka (1995) afirma que desde o século XVI tem sido enfatizada a necessidade de se organizar os cuidados prestados na assistência à saúde da mulher durante o período da gravidez, parto e puerpério. No entanto, durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002).

Nascimento (1992) afirma que a mulher era considerada mero instrumento intermediador do processo biológico de formação da espécie. Reforçando esta afirmação Brasil (2002; 2004) destaca que a saúde da mulher estava associada aos problemas de saúde das gestantes e o interesse principal era um recém-nascido saudável. O intuito era assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de construção de uma nação forte e sadia.

¹ <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci>

A década de 1980 foi um marco histórico decisivo na saúde feminina, no qual o crescente sentimento de democratização tomou conta do país, fazendo despontar a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização de informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (MOURA; RODRIGUES, 2003).

As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e trouxe o conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (NASCIMENTO, 1992). O programa englobava a assistência à mulher em clínica ginecológica, obstétrica, no climatério, em planejamento familiar, na prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), do câncer de colo de útero e de mama (GALVÃO, 1999; BRASIL, 2004).

De acordo com Zampiere (2001), isto permitiu a algumas mulheres a reapropriação do seu corpo e da sua sexualidade, dando-lhes o domínio da fecundidade. No entanto, apesar das conquistas femininas e avanços da medicina, o processo do nascimento continuava e ainda continua sob o controle médico, ainda morrem gestantes por falta de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças e a gestação, não raro, é vista como doença.

Diante desta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) vêm adotando medidas a serem implantadas na assistência à mulher na gravidez, parto e puerpério por intermédio de projetos como Maternidade Segura, lançado em 1996, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido.

No sentido de reforçar, ampliar e disseminar a humanização nos hospitais, o MS (2000), criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) objetivando o aprimoramento das relações interpessoais, a integração da eficiência técnico-científica, a ética, o respeito e as necessidades do cliente.

Assim como, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº. 569 de 01/06/2000, baseado na análise das necessidades de atenção específica à gestante,

ao recém-nascido e à mulher no parto. O intuito desse programa é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

O PHPN focaliza a valorização do papel da mulher no momento do pré-natal e no nascimento, e os profissionais da saúde assumem uma postura de educadores que compartilham saberes, buscando desenvolver na mulher sua autoconfiança na vivência da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Davi (2008) reforça esta afirmação ao expor que o PHPN tem como preceito o direito da gestante a um atendimento de qualidade no transcorrer da gestação, parto e puerpério, de conhecer e ter assegurado o acesso à instituição em que será atendida com segurança e assistência humanizada. É fundamental que a importância da assistência pré-natal seja reconhecida e valorizada, considerando que a adesão das mulheres a esse serviço está relacionada com o acolhimento, a qualidade do atendimento e o preparo do profissional de saúde (BARUFFI, 2004).

3 A HUMANIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DA ASSISTÊNCIA

Os avanços técnicos e científicos trouxeram contribuições à humanidade e, em especial à mulher, sendo inegável sua importância na diminuição da mortalidade materno-infantil. Entretanto, é importante estarmos atentos para a medicalização da gestação, para a reificação da mulher e a fragmentação de suas experiências, na medida em que as tecnologias e condutas hospitalares podem criar um ambiente desumano e despersonalizado (ZAMPIERE, 2001).

Corroborando esta afirmação, Brasil (2000) declara que a situação de despersonalização agrava-se quando os médicos reproduzem a clássica postura de seu poder inquestionável e do atendimento medicalizado do parto. O profissional coloca-se como ator principal do parto e a, mulher, coadjuvante. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce seu papel centrado no procedimento técnico.

Para a viabilidade de implantação de um programa ou mesmo de uma política que altere esse panorama, há necessidade de os profissionais de saúde se adequarem ao novo paradigma de assistência. Para isso, torna-se necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores até a melhoria da infra-estrutura hospitalar e das condições de trabalho no atendimento à mulher (FROTA, 2000).

A humanização engloba uma série de diferentes aspectos referentes às idéias, aos valores e às práticas, envolvendo as relações entre os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares e os acompanhantes, incluindo os procedimentos de rotina do serviço e a distribuição de responsabilidades dentro dessa equipe. No entanto, tais fatores tornam-se fragmentados se a experiência do nascimento não for reconhecida em seus aspectos emocionais (FROTA, 2000).

Conceitualmente, humanizar significa possuir uma visão holística do cliente, sendo de extrema importância o desenvolvimento de características do ser humano: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Zampiere (1999) resume a humanização da assistência ao parto e nascimento em princípios norteadores, tais como: respeito ao acompanhamento do processo fisiológico e contribuição para a evolução natural; respeito à individualidade da parturiente; respeito à integralidade da mulher como um ser biológico e natural; suporte emocional e permissão da presença de acompanhantes, segundo preferência da parturiente.

A rigor, humanizar é tornar humano. Este conceito tão genuíno vem sofrendo modificações com o passar dos tempos, havendo mudanças de enfoques. Nos dias atuais, Pádua (2000) caracteriza o humanismo como o reconhecimento dos seres humanos em pessoas holísticas. A humanização surge como sendo uma reformulação da assistência à saúde em direção ao modelo holístico. Nessa perspectiva, a instituição de saúde tem passado por uma reavaliação e normatização das atitudes e condutas em prol da ética, organização, qualidade e sensibilização.

Por conseguinte, Frota (2000) ressalta que a humanização da assistência não pode ser apenas um conjunto de iniciativas isoladas e esporádicas, de caráter meramente promocional da figura do cliente. Pressupõe uma política integrada e permanentemente centrada no atendimento personalizado, voltado às expectativas e necessidades do cliente. Humanização, de fato, é uma ação solidária que coloca o serviço em benefício da pessoa humana, garantindo-lhe um atendimento eficaz. O

cuidar humanizado reflete a concepção de qualidade, onde o cuidador é percebido como alguém dinâmico, capaz de acolher, refletir, reconhecer e desempenhar uma assistência com competência e sensibilidade.

Humanizar é mais do que uma série de procedimentos e técnicas. Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. É um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitudes dos profissionais de saúde e das gestantes (BRASIL, 2003).

Humanizar o parto é valorizar sua importância para os pais e o filho, respeitar a liberdade da mulher e conferir autonomia no seu processo de parto. Algumas alterações nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde certamente são necessárias para que isso se concretize.

Para Silva (2004), como profissionais de saúde, comprometidos com o ser humano, é necessário que desenvolvamos habilidades, técnicas, capacidade e competência para proporcionarmos a esse ser assistido a dignidade de uma vida menos solitária e mais compreensiva. Fundamentalmente, humanizar é devolver ao outro aquilo que ele deseja: respeito e dignidade. É estar disponível, mostrar interesse, ser humano, prestar atenção em quem está ao seu lado e tratar todos com equidade.

A mesma autora afirma que:

Evoluímos muito como enfermeiros e profissionais de saúde, mas, como técnica não significa ética não conseguimos manter nossa humanidade nas pequenas coisas: esquecemos de sorrir, de olhar nos olhos dos nossos pacientes e dos nossos companheiros de trabalho, de apertar as mãos, de fazer um afago, de puxar a cadeira, sentar e ouvir (SILVA, 2004, p.22).

Para tanto, depende de cada um de nós, de uma filosofia comum, não sendo necessários investimentos financeiros, mas consciência de que o êxito da humanização do cuidado depende decisivamente do relacionamento estabelecido entre o profissional e o cliente.

Nesta perspectiva, Waldow ressalta que:

Humanizar responde pela convivialidade, pela solidariedade, irmandade, pelo amor e pelo respeito. Logo, humanizar corresponde a cuidado. A humanização ocorre por intermédio do cuidar, é através do ato de cuidar que o ser se humaniza (WALDOW, 2006, p.8).

Boff (1999) corrobora os pensamentos de waldow quando reforça que, sem cuidados deixamos de ser humanos. Para que a enfermagem se utilize de conhecimento científico no cotidiano, é preciso que possua sensibilidade para reconhecer as necessidades do outro, desejo de servir ao próximo e a consciência de ser humano que garante cuidado.

O cuidado não se prescreve, não existem regras a seguir, nem manuais. É uma atitude ética que deve ser vivida e sentida, já que é a essência do ser, resultando assim no crescimento e bem-estar do outro (WALDOW, 2006).

Confirmando os autores acima, a enfermagem em sua essência exige dos profissionais um compromisso na valorização do ser humano capaz de garantir o cuidado humanizado.

Especificamente em obstetrícia, a humanização é compreendida como a instituição de condutas para proporcionar conforto, tranquilidade, alívio da dor, segurança à parturiente e ao seu acompanhante. Envolve também mudança de posturas e atitudes de todos os envolvidos no processo do parto, tornando o nascimento uma experiência agradável e de satisfação para todos aqueles que o vivenciam, pondera Davi que enfatiza:

Humanizar é estar ao lado, assistindo parturiente e família, dando-lhes suporte de forma individualizada, assegurando a melhor forma de integridade para mãe/bebê e identificando riscos antes que os mesmos ocorram, garantindo assim um parto saudável e sem distocias (DAVI, 2008, p.426).

A parturiente deve sentir-se segura e amparada, com a possibilidade de vivenciar a experiência do parto como um processo fisiológico, sendo a protagonista desse momento e receber um cuidado baseado nos preceitos da ética e da humanização que culminarão com um parto e nascimento saudáveis.

4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO PERIPARTO

A enfermeira que assiste a mulher durante o trabalho de parto e o parto deve possuir habilidades extraordinárias no que tange aos cuidados fisiológicos e

técnicos, bem como no que se refere ao calor humano e à sensibilidade que demonstra a grandeza e a profundidade da resposta emocional do ser humano. Deve estar capacitada a fazer julgamentos rápidos e a empregar a tecnologia mais recente numa situação de emergência. É importante que saiba quando não intervir no processo natural, mantendo-se calma, segura e criando um ambiente onde a gestante e sua família se sintam felizes (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

A enfermeira é, frequentemente, responsável pela assistência da mulher em trabalho de parto e do recém-nascido. A segurança desses dois depende, em um grau considerável, da habilidade da enfermeira em reconhecer os sinais iniciais dos desvios do normal, em fazer um juízo clínico sadio, em procurar o conselho médico e em agir nos casos de urgência. Da mesma forma, a enfermeira precisa ser capaz de determinar as necessidades físicas e emocionais da gestante durante um trabalho de parto algumas vezes longo e tedioso, satisfazendo-as através de assistência individualizada (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Por conseguinte, Corrêa (2004) relata que a assistência ao parto, para atingir seu objetivo primordial recém-nascido e parturiente sem problemas relacionados ao parto exige da equipe responsável uma análise criteriosa de todos os fatores que, direta ou indiretamente, interferem na evolução do parto.

Segundo a OMS (1996), quem presta assistência ao parto deve ser capaz de dar apoio à mulher e seus familiares durante o processo parturitivo; observar a parturiente, monitorar o estado fetal e, posteriormente, do recém-nascido, avaliar fatores de risco e detectar problemas precocemente além de encaminhar a um nível de assistência mais complexo, quando necessário.

Quanto às competências legais, segundo a lei nº. 7.498/86, do exercício profissional de enfermagem, além das atividades pertinentes ao enfermeiro como a sistematização da assistência de enfermagem, cabe ao enfermeiro obstetra e à obstetriz a assistência à parturiente e ao parto normal sem distocias; a identificação de complicações obstétricas; a tomada de providências até a chegada do médico; a realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário (BRASIL, 2003).

Portanto, o enfermeiro que acompanha a mulher e o familiar durante o processo do nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível aos outros seres humanos e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem a essa experiência.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes deste momento e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do recém-nascido, minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer (BRASIL, 2003).

A equipe de saúde deve proporcionar à mulher um ambiente de carinho e atenção, proporcionar apoio e responder suas dúvidas de forma clara e acessível. Para Wrobel (2006), as salas de pré-parto e parto não podem ser um ambiente hostil, com rotinas e normas rígidas centradas somente nos interesses do serviço e da equipe de saúde, devem ser um local onde a mulher possa manifestar seus sentimentos e angústias.

Dois aspectos são fundamentais na humanização: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O segundo se refere a adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, tradicionalmente realizadas, e que não favorecem a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000). Receber com dignidade a mulher requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde.

É importante considerar ainda que a humanização ao parto abrange a incorporação de um conjunto de medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do trabalho de parto e do nascimento. Dentre essas medidas, podemos destacar: permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante da família ou amigo durante o trabalho de parto e o parto, ou também o acompanhamento por outras pessoas como as doulas, que são mulheres que prestam constante apoio físico e emocional à gestante e seu companheiro durante o parto; monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto até a conclusão do processo obstétrico; oferecer à mulher o máximo de informações e de explicações segundo a sua demanda; respeitar o direito da mulher à privacidade no local do nascimento; permitir à mulher a liberdade de caminhar, de mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e de expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia; orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto, tais como massagem, banho morno e técnica de

relaxamento; ofertar fluidos orais durante o trabalho de parto e o parto; possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do partograma; permitir e incentivar o contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido e o início precoce do aleitamento materno e, promover o alojamento conjunto.

Tais medidas tornar-se-ão efetivas quando adicionadas a elas, os profissionais de saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, com respeito a todos os seus significados e restaurar à mulher o direito de ser mãe com dignidade e segurança (BRASIL, 2000; 2003).

5 CONCLUSÃO

Considera-se que a compreensão do processo do nascimento significa ir além do ato da parturição propriamente dito, ou seja, significa compreender a mulher como um todo, inserida em uma conjuntura repleta de sentimentos, crenças e valores.

A importância da experiência do nascimento na vida das mulheres e o atual modelo de assistência, que fragmenta o ser humano, são justificativas para a urgente necessidade de revisar as práticas e as interações desumanas que ainda estão presentes na postura de tantos profissionais. Sinalizar para uma transformação de paradigma e vislumbrar as mudanças que possivelmente se quer, não é tarefa fácil de concretizar, até porque nem todas as pessoas desejam a mesma coisa e permanecem muito rígidas em alguns costumes. Novos pensamentos e atitudes não costumam ter espaço imediato quanto à sua aceitação e, a mudança, em geral, é temida.

Permanece o desejo de que a compreensão do valor da assistência humanizada ao parto contribua para um cuidado humanizado, bem como o incentivo para a ampliação dos conhecimentos de enfermagem sobre a temática e sua implementação. Desse modo, o parto humanizado, preconizado hoje pelo MS será realmente efetivo e as interações entre o cuidador e o ser cuidado mais

harmoniosas. Consequentemente, o parto e nascimento serão vivenciados de maneira positiva, natural e saudável.

THE PERPECTIVE OF THE NURSE FRONT TO THE CARE OF THE ASSISTANCE TO THE CHILDBIRTH

ABSTRACT

The present study will bring, through a bibliographical research directed to the professionals of nursing with intention to stand out the importance of the care of the assistance to the childbirth. Careful is an action in solidum that places the service in function of the person human being, guaranteeing to it an attendan of raised quality, where the cares if become dynamic, carefully, reflexives and play an assistance with ability and sensitivity. Take care in health is to rescue the respect to the life human being, considering the social, psychological, biological, ethical, educational and cultural the contexts. When attending the woman who lives deeply the puerperal pregnant cycle, the professionals must develop abilities related to the contact with this woman, favoring its emotional adequacy to the pregnancy and the childbirth. To give a carefully assistance to the woman is to recogonize that it is the conductor of the autonomy of the woman in the childbirth and the singularity of this moment.

KEY WORDS: Carefully. Technical competence on nursing. Perichildbirth.

REFERÊNCIAS

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. Da UPF, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 53-56, out. 2002.

_____. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Integral à Saúde da Mulher**, Brasília, DF, 2003.

_____. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F.D.O. Parto domiciliar assistida por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 409-413, jul./set, 2004.

CORREIA, M.D. Assistência ao parto. In: MÁRIO, D. et al. **Noções Práticas de Obstetrícia**, Belo Horizonte: COOPMED, 2004. cap.52, p.755.

DAVI, R.M.B.et al. Enfermeiras Obstétricas na humanização do alívio da dor de parto: um relato de experiência. **Revista Nursing**, São Paulo: Bolina, ed.124, 2008.

FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais do 52º. Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Recife: ABEN, 2000. p. 79-185.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAS, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-179.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

MOURA et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto. **Revista brasileira de Enfermagem**, v.60, n.4, Brasília, jul/ag. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci>>. Acesso em: 25 jan. 2009.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático: Saúde materna e neonatal: Unidade de Maternidade Segura-Saúde Reprodutiva e da Família**. Genebra: [s.n.], 1996

PÁDUA, A. B. Humanização da assistência de enfermagem perioperatória. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Recife: ABEN. p.174-178, 2000.

SILVA, M.J.P. **Qual o tempo do cuidado?:** Humanizando os cuidados de Enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte.** São Paulo: Hucitec, 1995.

WALDOW. V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

WROBEL, L.L; RIBEIRO, S. T. M. **A prática do parto humanizado no SUS:** estudo comparativo. Maringá, v.28, n.1, p.17-22, 2006.

ZAMPIERE, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v 8, n. 1, p. 203-221, jan./abr., 1999.

_____. Enfocando a concepção e a gestação em uma retrospectiva histórica e social. **Revista Nursing**, São Paulo: Bolina, ed.37, p.15-19, jun. 2001.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY. S. M. **Enfermagem obstétrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.360-371, 1985.