

FACULDADE ATENAS

SAMARA LOPES DA SILVA

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: no acompanhamento da gestante e na melhoria da qualidade do parto humanizado.

Paracatu

2018

SAMARA LOPES DA SILVA

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: no acompanhamento da gestante e na melhoria da qualidade do parto humanizado.

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem na gravidez.

Orientador: Prof^o. Msc. Márden Estevão Mattos Júnior

Paracatu

2018

SAMARA LOPES DA SILVA

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: no acompanhamento da gestante e na melhoria qualidade do parto humanizado.

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem na gravidez.

Orientador: Prof^o. Msc. Márden Estevão Mattos Júnior

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 14 de Julho de 2018.

Prof^o. Msc. Márden Estevão Mattos
Faculdade Atenas

Prof^o. Msc. Thiago Alvares Da Costa
Faculdade Atenas

Prof^a. Nicolli Bellotti De Souza
Faculdade Atenas

Dedico este trabalho a Deus, que me faz vivenciar a delícia de me formar e porque têm sido tudo em minha vida. Aos meus amáveis pais que se doaram em carinho e amor incondicional por mim, me despertando e me orientando, desde a infância a sede pelo conhecimento e a importância deste em minha vida. Ao meu esposo, pois, a minha formação como profissional se concretiza com a sua ajuda, carinho e compreensão. As amáveis colegas que permaneceram sempre ao meu lado e que sempre elevaram minha autoestima nos bons e maus momentos. A todos vocês, meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela chance de concluir esse curso e por fortalecer-me nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais que me proporcionaram, além de extenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e pela instrução do valor conhecimento e do aprendizado.

Ao meu esposo Elismar Santos Santana, que além de me fazer feliz, ajudou-me, ao longo de todo o percurso de minha vida acadêmica, compreendendo-me nos momentos mais precisos.

Ao meu estimado tutor, Márden Estevão Mattos Junior, que sempre nos orientou de uma forma carinhosa e incansável.

Jamais poderia deixar de agradecer às minhas colegas de curso, em especial: Lorena, Patrícia, Raniele e Edlene que durante essa jornada foram amigas, parceiras e trocamos muitas experiências.

Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito.

Martin Luther King

RESUMO

O trabalho atual objetiva-se e configuram-se em expor à relevância do suporte das enfermeiras no tocante as práticas obstétricas humanizadas que inclui em acatar os efeitos: fisiológicos, emocionais, psíquicos, familiares e sociáveis do nascimento, intuindo a mulher em suas respectivas desigualdades e particularidades; configurando-se em referências técnicas a enfermagem, abrange o conceito do parto humanizado e exprimir argumentações; ademais, direcionar o enfermeiro (a) no aglomerado de práticas e ações no âmbito do Parto Humanizado, como ao exposto pelo Ministério da Saúde adequado ao Sistema Público no Brasil. O estudo, presentemente apresentado limita-se do ponto de vista: descritivo e bibliográfico. Os levantamentos sucederam-se mediante uma reavaliação bibliográfica que foi construída a contar do material já essencialmente gerado de publicações em livros e similares. Entende-se que no Brasil, os seguimentos condizem há solicitações contínuas em prol ao atendimento humanizado nas instituições, tanto público como privadas. Apreciamos que as práticas lidadas pelas enfermeiras cooperam para a abertura de espaços que as reconhecem no campo, pela desenvoltura de práticas humanizadas.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermeiras. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The present work aims at presenting the relevance of the nurses' support regarding the humanized obstetrical practices, which includes taking into account the physiological, emotional, psychic, family and sociable effects of birth, intuiting the woman in her respective inequalities and particularities; being configured in technical references to nursing, covers the concept of humanized childbirth and expressing arguments; in addition, to direct the nurse in the cluster of practices and actions within the Humanized Childbirth, as presented by the Ministry of Health adequate to the Public System in Brazil. The present study is limited from the point of view: descriptive and bibliographical. The surveys were succeeded by a bibliographical reevaluation that was constructed from the material already generated essentially from publications in books and the like. It is understood that in Brazil, the follow-ups correspond to the continuous requests for humanized care in both public and private institutions. We appreciate that the practices performed by nurses cooperate to open spaces that recognize them in the field, through the ease of humanized practices.

Keywords: *Humanized delivery. Nurses. Humanization of Assistance.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1. PROBLEMA	10
1.2. HIPOTESE	10
1.3. OBJETIVOS	11
1.3.1. OBJETIVO GERAL	11
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4. JUSTIFICATIVA	11
1.5. METODOLOGIA	12
2 A IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA A GESTANTE	14
2.1. GESTAÇÃO	14
2.2. FATORES DE RISCO PARA A GESTANTE	15
2.3. CRITÉRIOS DE ACOLHIMENTO A GESTANTE	18
3 ASSISTÊNCIA À GESTANTE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	20
3.1. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL	21
3.2. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA A GESTANTE	22
3.3. ASSISTÊNCIA AO PARTO	23
3.4. ASSISTÊNCIA NO PÓS-PARTO	24
3.5 CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO	26
4 PARTO HUMANIZADO	28
4.1. PARTO HUMANIZADO NO BRASIL	28
4.2. ENFERMAGEM E PARTO HUMANIZADO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade relatar a importância de como uma assistência de enfermagem adequada, por profissionais qualificados podem contribuir para a diminuição de intercorrências em gestantes, e como essa assistência irá contribuir para a melhoria na qualidade do parto humanizado. (REBERTE, 2008).

Compreende-se que em 1984, o intuito da saúde (MS) elaborou o programa de assistência integral: A saúde da mulher (PAISM), que foi incorporado como princípios e diretrizes com propostas de extensão, que houvesse melhorias buscando descentralização, hierarquia, regionalização e equidade na prestação e melhoria da atenção de uma maneira que paralelamente no âmbito do movimento sanitário, se concebia o arcabouço conceituando como seria a formulação da assistência de saúde (SUS) (CAMPOS, *et al.*, 2016)

Ao que diz respeito à saúde da mulher, focando especialmente na prática obstétrica, o enfermeiro tem um papel importante sobre uma assistência humanizada, lembrando que o ocorrido da gestação e o período-pós parto, são momentos rodeados por medo e insegurança na maioria das vezes esses sentimentos podem ser resultado e poderá estar aliado a desinformação, e assistência ao pré-natal inadequados, e os mesmos são responsáveis também por intercorrências que poderão aparecer, acarretando para possíveis complicações na gestação, levando assim a mulher para uma possível cesárea, podendo gerar intercorrências. (BRASIL, 2013)

Muitas vezes as dificuldades de implementação adequada de um acompanhamento não se baseia sempre por culpa dos profissionais, ocorrem bastantes dificuldades principalmente por falta de recursos humanos e materiais, dentre outros, ocorrendo assim sérias falhas sobre a implementação das ações da enfermagem caracterizada por princípios de qualidade, nas diversas assistências da atenção da saúde da mulher no pré-natal, com a finalidade de que exista uma aproximação, mais humana e qualificada por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado requerendo uma efetiva comunicação entre enfermeiro e cliente (BRASIL, 2013).

O nascimento é um fato muito importante, onde se descobre o vínculo, afeto materno, devendo ocorrer de maneira natural, de forma pessoal sendo de grande importância, é um experimento dividido entre mulheres e juntamente com seus familiares (DUARTE, 2008).

Nos tempos antigos as parteiras, curandeiras ou comadres que eram as responsáveis e que desempenhavam a atividade de realizar o parto, por serem mulheres conhecidas na comunidade, ou de crença das parturientes. Humanizar o parto é uma das diferentes ações que integram a política nacional da humanização (PNH) é baseado em um conjunto de práticas e técnicas cujo mais importante é o conhecimento, que implica em uma recepção humana e estarem atentas sempre às queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres que são ouvidas, garantindo as mesmas uma gestação tranquila, passando confiança em um momento tão importante, e enfermagem vai trabalhar para promover essa tranquilidade e o devido acolhimento, evitando problemas comprometedores (CAMPOS, 2016).

Tendo em vista, que humanizar todo trabalho realizado é dever prioritário da equipe de saúde, inclusive da enfermagem; portanto, perguntam-se, quais ações deverão ser desenvolvidas no acompanhamento da gestante e qual a importância dessa assistência na melhoria da qualidade do parto humanizado? (CAMPOS, 2016).

1.1. PROBLEMA

Tendo em vista, que humanizar todo trabalho realizado é dever prioritário da equipe de saúde, inclusive da enfermagem; portanto, perguntam-se, quais ações deverão ser desenvolvidas no acompanhamento da gestante e qual a importância dessa assistência na melhoria da qualidade do parto humanizado?

1.2. HIPOTESE

Humanizar a ajuda de enfermagem materno-infantil e voltada a gestante é de essencial importância, por que certifica a mulher o seu ingresso ao pré-natal, viabilizando um acompanhamento merecedor, uma gravidez leal e saudável, fazendo assim a união dos mesmos para possibilitar a ela escolher com tranquilidade o local, o tipo de parto, o profissional que lhe assistirá o acompanhante,

a posição de parição, entre outros, respeitando sempre a participação de sua família em todo esse processo, e passando para ela conforto maior e segurança nesse momento tão importante.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a importância da assistência de enfermagem a gestante, através das ações desenvolvidas no preparo para o nascimento além de caracterizar, visar e buscar a qualidade na humanização durante o parto.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar fatores de risco para a gestante;
- b) descrever como deve ser a assistência á gestante para a melhoria dos cuidados a serem realizados;
- c) evidenciar melhorias na qualidade da assistência do parto humanizado.

1.4. JUSTIFICATIVA

O pré-natal, na concepção de Duarte (2006), consiste em um momento muito importante na vida da gestante, é uma fase de instrução, para a mulher e toda sua família, oportunizando detectar preliminarmente possíveis agravos que poderão afetar até a saúde da mãe e da criança.

Diante disso, Rios (IF, 2007), faz alusão de que o profissional de enfermagem se manifesta para melhorar no auxílio e nas orientações que serão passadas em toda essa fase até o pós-parto, sendo que o enfermeiro tem assistência, habilidades, técnica científica, para a melhoria desse amparo tão importante.

Todavia, o enfermeiro tem qualificação total, para seguir nessas fases de gestação, puerpério e no pós-parto, promovendo assim uma assistência humanizada para evitar problemas comprometedores, “nos dias que ocorrem ainda existem muitos obstáculos nessa assistência prestada, de acordo com o que é estabelecido poderá levar a um déficit significativo na melhoria de seu bem estar e de ambos gestantes, puérpera e do RN,” (CREVELIN; PEDUZZI, 2005). Levando assim, a uma falha de uma conduta adequada e focando em uma melhoria na qualidade do parto humanizado.

1.5. METODOLOGIA

Em relação à metodologia utilizada, consiste num trabalho descritivo, de caráter qualitativo, sem que houvesse desprezo por dados numéricos que pudessem vir a contribuir para o conhecimento da realidade. Para tanto foi realizada uma pesquisa exploratória sobre o assunto: Importância da Assistência de Enfermagem no Acompanhamento da Gestante e na Melhoria da Qualidade do Parto Humanizado, conduzindo à necessidade de concentração dessas informações; a mesma focou o Tema e suas Configurações, no campo vinculado a prestação de serviço de assistência de enfermagem a gestante, para desvelar-se seu sentido – Construindo abordagens e diretrizes em termos gerais.

A coleta de dados inclui: biografias, relatos escritos, relatórios de pesquisa, periódicos, revistas, artigos e visita a sites; envolveu as características teóricas como conteúdo da pesquisa, sugeridas pelas principais pesquisas em sites: Scielo, Google Acadêmico, Caderneta do SUS, Ministério da Saúde e demais artigos.

Conforme, Ferrão (2005, p.107) a coleta de dados é realizada pelas técnicas de pesquisa, cujo tipo depende do objetivo do trabalho. É uma tarefa que demanda tempo, paciência, esforço pessoal, disciplina quanto ao tempo e local, treinamento, critério e atenção no registro da informação, ademais:

Os tipos de dados são classificados em dois grandes grupos: primários e secundários; os primários são aqueles que não foram coletados com o propósito de atender as necessidades específicas da pesquisa em andamento (...). os secundários são aqueles que foram coletados, tabulados, ordenados e às vezes, até analisados e que estão catalogados à disposição dos interessados (FERRÃO, 2005, p. 48).

É oportuno lembrar que, no estudo foram aplicadas as fontes primárias e

secundárias para lograr as informações desejadas e que a desenvoltura do mesmo o
foi direcionada em etapas distintas.

2 A IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA A GESTANTE

Existem algumas circunstâncias e situações que implicam em fatores de risco para a gestação e carecem de serem cuidadosamente examinados e a gestante por ocasião da situação, deve receber todas as instruções possíveis condizentes a sua gravidez e os momentos que possam acarretar danos à saúde do bebê e da grávida. (MOURA, et al 2000).

2.1. GESTAÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, e por isso mesmo sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências, mas ainda existe uma parcela de gestantes que passam por algumas intercorrências por terem alguma doença ou por desenvolverem problemas que apresentem maiores chances desfavoráveis, tanto para o feto como para a mãe. (MOURA, 2000).

Enfatiza-se que, a verificação de risco não se baseia em uma função simples, o termo de risco está ligada a palavra possibilidade, possibilidades de ocorrer agravos para a gestante e o feto, nem sempre a ligação entre os fatores de risco e uma falha está esclarecida ou conhecida (BRASIL, 2000).

Com o desejo e um grande objetivo de tentar diminuir a morbimortalidade materno-infantil, contribuir para um aumento significativo na qualidade, são necessário que sejam identificados os fatores de risco o mais precoce possível. (BRASIL, 2000).

A que ressaltar que ainda existe um déficit na exatidão por falha em sistemas por cada fator e sua associação entre eles, assim também como a apuração e alterações de acordo com seus efeitos a indivíduos e população (BRASIL, 2000).

Em contra partida, esses fatores de risco, vem de situações ou problemas que aumentem as circunstâncias de pessoas desenvolverem agravos que podem ou não está ligado a outras condições, a importância desses fatores vem nortear e trazer uma base para a enfermeira, e fazer a triagem da gestante no pré-natal, tais fatores são responsáveis por inúmeras intercorrências e até muitos óbitos que infelizmente acontecem por inúmeras vezes atualmente (BRASIL, 2000).

Amplia-se desse modo, de que os fatores de risco são verificados a partir do pré-natal, e se dá por questionamentos e observações que são feitos pela

enfermeira juntamente com o médico tendo que ser mais observado pela enfermeira, além da identificação dos mesmos deve ser trabalhado em cima dos que foram achados, devendo ser sanados, ao grupo de funcionários da saúde que está fazendo o acompanhamento deve conquistar a confiança da gestante e da família e propiciar a eles bem estar, conforto e confiança, para a detecção de problemas pessoais que estão relacionados ou não há algum fator de risco, que potencializem eles (OLIVEIRA, et, al 2009).

Pode se dizer que não são diretamente ligados há uma causa fixa, mas também existem fatores que contribuem para o surgimento dos fatores de risco tanto como causas internas e externas, problemas psicológicos, má alimentação, sedentarismo, condições socioeconômicas entre outras. (BRASIL, 2015).

É inegável, porém, que a enfermeira deve salientar a paciente da importância dos fatores de risco, do peso positivo da participação dela nesse contexto, que quanto maior for à força de vontade dela sobre esses problemas que devem ser resolvidos, maior será a contribuição para as melhorias no momento gestacional e para o feto, evitando possíveis problemas (OLIVEIRA, et al 2009).

2.2. FATORES DE RISCO PARA A GESTANTE

Ao decorrer dos anos, estudiosos têm dedicado o seu tempo aos estudos para prescrever a melhor maneira de “policiar” a gestação. Levando em conta que o grau de saúde no período da gravidez está diretamente vinculado com a condição de saúde da mulher anterior a sua gravidez, procura-se detectar e corrigir, caso possível, ainda previamente da concepção, circunstâncias médicas (exemplo, a diabetes) ou atitudes individuais (o alcoolismo), que são capazes de ter repercussões nefastas na gravidez. (SILVA et .al 2006).

Em outras palavras, os fatores de risco de complicações na gestação, que permitem a execução do pré-natal pela equipe médica e requer uma atenção básica incluem:

- **Idade menor do que 15 anos:** A adolescência é a fase que ocorrem alterações no decorrer da puerícia e a fase adulta, faz-se um momento onde o corpo não está totalmente preparado para uma gestação, ainda existe uma melhora na forma que deve ser trabalhada com o princípio de sua sexualidade como reforçar e aconselhar sobre métodos contraceptivos, deve

existir por parte do profissional de enfermagem uma atenção cuidadosa devida também a várias dúvidas, até mesmo entre elas sobre compreender a gestação precoce. As adolescentes têm sido consideradas com base em estudos grupo de fator de maior número e chances para a incidência de problemas de saúde não só nas mesmas, mas do mesmo modo para o feto, a gestação imatura poderá trazer condições prejudiciais para o seu organismo prematuro e seu crescimento normal. (SILVA et.al 2006).

- **Idade maior que 35 anos:** Considerada uma gravidez tardia, pela sua representatividade epidemiológica e demográfica e no contexto nacional, historicamente existe um maior número de mulheres que passam por essa experiência com mais de 35 anos de idade, tem se observado um número crescente desde o século XX um aumento significativo de gestantes nessa faixa etária. Epidemiologicamente tem se apresentado risco para as mulheres que engravidam nessa idade, gerando assim um maior risco de complicações dentro delas como: hipertensão arterial, apresentação anômala, diagnostica de sofrimento fetal intraparto, parto por cesárea e hemorragia puerperal, essa faixa etária acomete muitas cesarianas houve estudos onde foram comprovados por eles de acometer maiores chances de trazer patologias mais graves entre elas que levem a cesárea, doenças ligadas de maneira direta e perigo para a gestação como: diabetes, doença hipertensiva específica da gestação podendo levar a interrupção da gestação antes da maturação. Estudos em si comprovam que não só a idade em si entre outras variáveis estava relacionada significativamente a prematuridade (GARCIA, et, al 2009).
- **Ocupação:** Tipo de trabalho que realiza esforço físico em excesso, carga horaria prolongada, alterações de escala, ficar muito exposto a causadores físicos, fictícios e biológicos, estresse em excesso;
- **Situação familiar instável;** momentos em que nega aceitar a gestação, especialmente quando se trata da fase da puberdade.
- **Situação Afetiva Insegura;** não ter um companheiro fixo, ou não ser casada causa insegurança não tem em quem se apoiar;
- **Condições ecossistêmicas desfavoráveis:** Falta de tratamento esgoto, falta de pavimentação de rua, falta de saneamento básico entre outros;
- **Microssomia fetal;** Termo utilizado para definir uma doença que se

caracterize um feto com peso superior a 4 kg a 4,500 kg;

- **Síndromes hemorrágicas;** uma das causas mais frequentes das síndromes hemorrágicas é o descolamento prematuro da placenta, e é associado a altas taxas mortalidade fetal, o diagnóstico deve ser feito o quanto antes para tomar os devidos cuidados, e orientado a gestante que evite esforços físicos, pegar peso, suspender relações sexuais (FREITAS et. al 2010).
- **Síndrome Hipertensiva:** É um dos principais fatores de risco de grande peso para a gestação, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia pode ser considerado a hipertensão na gestação quando os níveis pressóricos forem maiores ou iguais 140x90 mmHg. A síndrome hipertensiva tem seis diferentes classificações (MONTENEGRO et.al 2011).
 - **“Hipertensão Crônica” (HC):** Ocorre quando uma gestante tem um diagnóstico de hipertensão antes da gravidez, ou até a 20ª semana de gestação; (MONTENEGRO et .al 2011).
 - **“Hipertensão Induzida pela gravidez”:** (HIG) Acontece quando o quadro hipertensivo surge após a 20ª semana de gestação, mas nesse caso não vem acompanhado de proteinúria; (MONTENEGRO, et.al 2011).
 - **“Pré-eclâmpsia” (PE):** Síndrome multissistêmica que ocorre pela hipertensão e proteinúria, após a 20ª semana de gestação e em mulheres com PA normal previamente. (MONTENEGRO, et.al 2011).
 - **“Pré-eclâmpsia superposta” (PES):** É quando acontece um agravamento do quadro da Hipertensão Crônica durante o período gestacional pela presença de proteinúria. (MONTENEGRO, et.al 2011).
 - **Eclâmpsia (EC):** É estabelecida como a presença de convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia; (MONTENEGRO, et.al 2011).
 - **SÍNDROME HELLP:** Essa síndrome se dá pela forma grave de pré-eclâmpsia, caracterizada por **hemólise** (destruição de glóbulos vermelhos no sangue tanto por causa fisiológica ou por causa patológica), pode ser desenvolvida repentinamente em pelo menos 20% dos casos de pré-eclâmpsia grave, ela tem sua origem no decorrer do desenvolvimento placentário com defeito, estresse oxidativo e lesão endotelial, específicos em vasos hepáticos. (MONTENEGRO, et.al 2011).

Existem outros fatores de risco que podem acometer a gestante, tais como: Baixa escolaridade: (Menor que cinco anos de estudo regular). Intervalo Interpartal menor do que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos). Cirurgias uterinas anteriores (Três ou mais cesarianas). Tabagismo, uso de álcool e outras drogas. Histórico de aborto ou de morte prematura de filhos. Altura menor que 1,45. IMC que apresente baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior. Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado. (BRASIL, 2015).

Sob tal enfoque, considera-se risco à probabilidade aquilo que venha a ocasionar algum dano, doença ou acidente. Na prática, deduz-se o risco de uma possível doença por meio das taxas de incidência e prevalência. Incidência é a percentagem de casos novos de uma doença, por mil habitantes, num espaço de tempo determinado (geralmente um ano). Prevalência é a percentagem de pessoas atingidas por uma determinada doença, por mil habitantes. (NANDA, 2015).

2.3. CRITÉRIOS DE ACOLHIMENTO A GESTANTE

Neste contexto, a atenção básica, proveniente do acolhimento, soma-se ao comprometimento pelo integral cuidado, oriundo da recepção básica, tornando-se um fator de atenção estratégico, que se inicia durante a gestação bem como a composição do seu caráter, além disso, da sua confiança na vida, somado a traumas e medos, segundo Silva (2000 apud RATTNER; TRENCH, 2002, p.95).

Compreende-se assim, que a Atenção Básica, voltada as suas atividades, consiste, tanto para a mãe bem como ao seu bebê, total afetividade e sexualidade, ambos também adjacentes ao parto e caso a não intervenção, poderá dimensionar efeitos devastadores. (VIEIRA, *et. al* 2010).

Ressalta-se que toda e qualquer atitude, por sua vez modificadora de: atitudes, de valores e de padrões de comportamento são as propostas e colocações de formação humanizada, por sua vez abrange uma metodologia de sensibilização e conscientização que advém de tempo, deparando-se com padrões e relações enraizadas e pré-estabelecidos. (VIEIRA, *et. al* 2010).

No entanto, conforme Henninton (2006, p. 318), “não é aceitável que a medicina queira tornar privativo certas ações e procedimentos e limitar a atuação

de outras profissões”. Tal procedimento levaria as sérias distorções, contrariando preceitos importantíssimos como: a imperiosa ajuda de uma abordagem de equipe (VIEIRA, et. al 2010).

3 ASSISTÊNCIA À GESTANTE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Quando se trata de prestar uma assistência, ela deve abordar todo aquele cuidado que é prestada, toda atenção que é voltada para um determinado momento que já está acontecendo ou que está prestes a ocorrer. Entretanto prestar essa assistência existe muito cuidado e muito amor, sendo fundamental pela equipe de enfermagem (BRASIL 2015).

Segundo, Florence Nihtingale:

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

Por sua vez, a assistência prestada a cada gestante irá contar muito ao que ela está necessitando naquele momento e quais suas queixas, qual o momento que se passa se é no parto, pós-parto, puerpério se é no decorrer da gestação, a enfermeira deve salientar os cuidados, privações e estar atenta a alterações que podem ser sinal de alerta. (FIGUEREDO *et.al* 2010).

Em contra partida, o dom de poder conceber a vida são momentos rodeados de acontecimentos sendo positivos ou negativos, se baseia de um momento que marca a vida da mulher, é um momento singular que não se compara a outro momento, é a hora que será descoberta o maior amor do mundo sendo repleto de medos e anseios (FRANCISQUINI *et. al*, 2010).

Pois, garantir uma assistência ao pré-natal adequado significa proporcionar e prevenir possíveis agravos indesejados no decorrer da gestação, e tratar de maneira mais precoce possível e promovendo reparos no decorrer dos dias, pensando no bem-estar da gestante e do seu conceito explicando sobre o aumento dos cuidados no parto e cuidados a serem prestados com o recém-nascido (FRANCISQUINI *et. al*, /2010).

Ressaltando que, o foco da assistência prestada pela enfermeira é que ela consiga atender as dúvidas da gestante e que já a deixe preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes a gestação, parto e puerpério, porém muitas mães são leigas no assunto surgem muitas duvidas e é aí onde devem entrar a assistência de enfermagem orientando passo a passo como deverá ser realizados, cuidados com o momento que se aproxime do parto,

cuidados com as suturas que foram realizadas se for o caso, ensinar a posição correta de amamentar o RN quais horários certos, entre outros cuidados que serão descritos posteriormente (FRANCISQUINI *et, al* 2010).

Não obstante, compreende-se que a Arte do cuidar deve ser realizada primeiramente com amor se tratando principalmente de uma nova vida, de uma mãe de primeira viagem, deve utilizar técnicas que facilitem não só a arte de cuidar, mas também a arte de ensinar (PEDRAZA, 2016).

3.1. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

Inicialmente a enfermeira deve ser humana e dedicada para a realização de um trabalho que requer bastante força de vontade por parte dela, que realize sua função com dedicação e carinho para o acolhimento dessa gestante, recepciona-la com um aperto de mão e um belo sorriso no rosto podendo ser o cartão de visita para a mulher, lembrando que ainda não se conhece nada da gestante que com um belo atendimento o profissional estará conquistando confiança e transmitindo a mesma para elas, fazendo com que a cada dia ela entenda que a profissional não está só para realizar seus trabalhos, mas para que também a gestante compreenda que ela possa desabafar com o profissional. (SAITO 2015).

Sabe-se também, que a falta de informação, não repassadas à gestante por parte do profissional, pode gerar certas preocupações desnecessárias e frustrantes expectativas, gerando tudo isso uma bola de neve e podendo ocorrer várias alterações hormonais se dando por um momento que a gestante se encontra muito sensível (SAITO 2015).

Desta maneira é possível observar que ocorre a transição para o papel materno iniciando-se durante a gestação parto transitando pelo parto e nascimento, porém, nem sempre a mulher está apta a realização de suas novas funções como mãe, muitas não sabem quem iram aprendendo e sentindo esse aprendizado de forma equilibrada, e adequada no decorrer do tempo (FRANCISQUINI *et.al* 2010)

Ademais, uma preocupação constante é que ambos os profissionais que estão prestando as consultas de rotina, estimulem a mãe e a questione sobre estar ansiosa para ver o rostinho da criança, trabalhar isso com a mãe é de suma

importância talvez a gestante não seja uma mãe de primeira viagem, há chance de que se trate de uma gestação que indiretamente não foi bem desejada, e a mãe deve ser estimulada constantemente para aumento dos vínculos antes mesmo do nascimento do bebê (NANDA *et. al* 2015).

Considerando-se, que outro fator existente e importante é a estimulação da participação da família no processo do pré-natal, se a gestante tiver um relacionamento ativo é fundamental a atuação do companheiro nesse contexto, pois poderá contribuir de maneira grandiosa ao decorrer da gestação, não somente companheiro, mas também a participação de outros familiares, para passarem a aprofundar nesse acontecimento e até mesmo para transmitir uma maior segurança para ela, e para ela compreender que não tem só a equipe de saúde para ela ter como suporte, mas que também tem a família como apoio (PEDRAZA *et. al* 2016).

A propósito destas informações, conclui-se que é de suma importância explicar para o companheiro e familiares as oscilações hormonais, elucidar da importância do apoio e compreensão por parte deles, para com elas nesse momento que exige um imenso apoio, muitas mudam seus comportamentos de uma maneira inexplicável, e as pessoas que a rodeiam as vezes não entendem o que esteja ocorrendo, por esse fator que a enfermeira exige bastante acompanhamento da família no processo do pré-natal e em todas as fases, que a gestante está passando e ainda as que estão por vir que exige muito apoio (PEDRAZA *et. al* 2016).

3.2. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA A GESTANTE

Atualmente, debate-se intensamente sobre uma assistência de qualidade prestada por parte de todos os profissionais de saúde, e cobra-se muita humanização existe achada de mulheres que sentem falta de um acompanhamento que seja voltada para a visão de tratar o outro como eu gostaria de ser tratado, voltado de uma maneira significativa para a empatia, lembrando que é de imenso direito dos usuários do SUS da população em geral ser tratada e ter uma assistência digna e adequada, por parte da equipe ainda mais se tratando de saúde (BRASIL, 2015).

Em princípio, o índice de mortalidade perinatais ainda são números

elevadíssimos atualmente principalmente em países menos desenvolvidos, ao qual é concentrada a totalidade desses óbitos, um ponto importante que poderá contribuir para essas mortes são o acesso e a qualidade para os serviços disponíveis para assistência ao pré-natal, ao parto e ao neonato. (MARTINS *et. al* 2013).

Sabe-se que é de conhecimento geral que no Brasil, a situação de mortalidade perinatal não é renomada de forma sistemática para todo o país devido ao elevado índice de notificações de óbitos fetais e uma qualidade precária sobre informações, que estão disponíveis sobre a duração da gestação na Declaração de óbito (MARTINS *et. al*, 2013).

Em consequência desse assunto abordado, da falta de assistência adequada a gestante, pode levar a um aumento no índice dessas mortes, sendo contribuído por outros fatores externos, que devem ser sanados, não só pelo profissional que está na frente o organizador e gestor, mas também todos os profissionais que participam do processo de cuidar, e fazerem desse contexto melhorias que façam a diferença verdadeiramente, começando a mudar a sim próprio começando mudanças e vendo que é necessário em cada um, há melhor coisa é reconhecer que no ato da assistência ela precisa de melhorias a todo instante, promovendo cursos, palestras e reforçando com os profissionais a importância dessa qualificação. (MARTINS *et. al*, 2013).

3.3. ASSISTÊNCIA AO PARTO

Historicamente, a assistência ao parto era prioritária das mulheres, parteiras, curandeiras ou aquelas senhoras de maior idade que traziam muitos conhecimentos de seus antepassados, que tinham enormes saberes e experiências, as gestantes só tinham a elas para confiar e realizar o trabalho de parto, sendo que naquela época era desprovido de tecnologias, de medicamentos entre outros, tudo ocorria da forma mais natural e normal possível, mesmo sendo desprovidas de muitas coisas que nos tempos atuais são essenciais elas conseguiam trazer a criança ao mundo, e conseguia realizar da forma delas o cuidado com a mãe e a criança. (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

Não obstante, foram possíveis melhorias a partir do século XX, na década de 40, foi decretado e fortificado a hospitalização do parto, onde foi normatizado a utilização de medicamentos e controle do período gravídico

puerperal e o parto como um processo natural, reservado e familiar, introduziu-se a esfera pública o setor de saúde, que abraçasse a causa, com a presença de vários profissionais, para a condução desse momento (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

Em contrapartida, a mulher deixou de exercer suas escolhas diante desse contexto perdendo sua privacidade e sua autonomia, não havendo aquele vínculo com a família e sendo forçada a passar por procedimentos intervencionistas sem o seu consentimento e esclarecimento do que está acontecendo. (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

Em consequência dessa radical mudança, o parto passou a ser vivenciado como um momento de muito sofrimento físico e moral, trazendo medo e muita tensão dor e impedindo que o parto aconteça de forma fisiológica o processo natural do nascimento, às vezes essas exageradas ações intervencionistas poderiam ser evitados; tendo em consideração de que atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil, é o padrão que se caracteriza pelo excesso de intervenções realizadas durante o parto (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

Levando-se em consideração esses aspectos, a assistência ao parto mais humana e qualificada é aquela que começa com os profissionais que se estejam sensibilizados que se empenham em ajudar a mãe naquele momento e respeitem as decisões da mulher, que compreendam que aquele momento é dela, que sejam profissionais de verdade, que proporcionem a ela um momento único e especial, principalmente pela equipe de enfermagem, devendo proporcionar a ela: segurança e conforto, aliando sempre ao apoio familiar durante a parturição (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

Nesse processo, promove-se o direito dela de acompanhante para o bom desenvolvimento do trabalho de parto e auxílio na dor, que favorecem bastante para a diminuição dos riscos futuros, devem-se preparar o acompanhante também para cuidados adequados com a criança e a mãe futuramente, um fator importantíssimo é que não se deve deixar de proporcionar o vínculo de mãe e filho após o nascimento aquele primeiro contato que é de suma importância, que contará muito no processo do nascimento (DUARTE e OLIVEIRA, 2006).

3.4. ASSISTÊNCIA NO PÓS-PARTO

O puerpério ou o período pós-parto é o momento em que podem ocorrer alterações involuntárias, entre elas alterações locais e sistêmicas que são ocasionadas pela gestação e parto. O pós-parto pode ser dividido em três períodos: Imediato: (do 1º ao 10º dia do parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia), ao decorrer desses períodos a mulher realmente passa por verdadeiros impactos da maternidade, onde ela irá perceber várias modificações, podendo ser considerados como fenômenos biológicos, psicológicos ou socioculturais (VIEIRA *et al.*,2010).

Compreende-se que algumas dificuldades são encontradas e vividas nesse período, pela mulher durante a fase do pós-parto, são relacionadas a dimensões psicossociais, não sendo somente o único culpado podendo ser motivado também pela relação que ela estabelece com o filho, família, cônjuge entre outros (VIEIRA *et al.*,2010)

No entanto, torna-se imprescindível o ato que a profissional for planejar a assistência de saúde a puérpera é de extrema importância que ela considere todas as informações da vida da puérpera como hábitos de vida, conhecimentos, crenças, tabus e hábitos e práticas que ela faça uso advindo de cultura e de gerações familiares passadas. (VIEIRA *et. al*, 2010)

Outro aspecto que chama a atenção, é que conforme a assistência planejada ela deve ser colocada em pratica, deve se fazer a obtenção dos dados e a identificação dos resultados frente aos problemas levantados ou da etapa da fase de vida, de forma individual considerando o momento em que ela está inserida sendo fundamental nessa etapa (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a enfermagem colabora de uma imensa forma quando elabora técnica e intervenções focadas onde ela realmente necessitar de auxilio e em seus principais pontos, trazendo maior qualidade e dispensando cuidados desnecessários, durante o puerpério podem ser encontrados alguns diagnósticos de enfermagem, dentro das visitas feitas, existem alguns questionamentos a serem feitos, da maneira mais natural deve se ter um diálogo mesmo, perguntando a ela como ela está o bebê, pedir a puérpera se tiver sido o caso de uma cesariana ou se for parto normal que tenha sutura para que ela possa deixar a profissional visualizar o aspecto da cirurgia e visualize a sutura, entre outros e

relatando tudo, transmitindo confiança para a puérpera para que sempre que haja dúvidas ou medos ela não precisa temer ao perguntar ou pedir ajuda. (VIEIRA *et. al*, 2010)

3.5 CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

O cuidado ao recém-nascido consiste num grande trabalho, pois é extremamente vulnerável e requer cuidados básicos fundamentais. É oportuno lembrar, que é papel também da equipe de saúde os cuidados que devem ser realizados com o RN, inicialmente solicitar a mãe a Caderneta de Saúde da Criança, caso não possuir providenciar uma para a criança, fazer a verificação se a caderneta está preenchida com todos os dados da maternidade e conferir se estão corretos, caso não houver dados como peso, teste do Apagar, comprimento, idade gestacional e condições de vitalidade deve fazer o preenchimento dos mesmos, fazer verificação de condição de alta da mulher e do RN, fazer observação e orientar a amamentação, reforçar orientações dadas no pré-natal e na maternidade, dando ênfase na importância do aleitamento materno até o 6º mês de vida do bebê, não havendo necessidade de complementar com água ou outro alimento. (NANDA, 2015).

Já que o leite materno já oferece todos esses benefícios, fazer avaliação da mamada, quanto ao seu posicionamento se está adequado e se está correto a pega da aréola (NANDA, 2015).

Outro fator considerável é orientar quanto a realização do teste do pezinho, certificar se a criança tomou as doses das vacinas BCG, e de hepatite B, caso não tenha tomado deve se orientar a ir a UBS para aplicação das mesmas e anota-las na caderneta, orientar cuidado com as mamas sempre considerando a situação das que não poderem alimentar (BRASIL, 2013).

O cuidado com o cordão umbilical é um pouco mais específico pois exige maior atenção e lembrando que necessita de um cuidado mais especial, deve se orientar que mantenha o local limpo e seco para que evite infecções, bactérias que vivem em nossa pele podem ser a causadoras da proliferação de bactérias provocando infecções no coto (BRASIL 2013).

Devem ser passadas as mães que somente façam a limpeza do coto umbilical com um cotonete e álcool a 70%, realizar em todas as trocas de fraldas e após os banhos ressaltando para que deixe secar o álcool naturalmente, pedindo a ela que lave bem as mãos antes de fazer alguma manipulação do coto umbilical

tanto antes como depois. Se caso o coto umbilical se sujar com fezes ou urina, orientar a fazer lavagem com sabão ou só com água mesmo orientando que ele estará caindo de 10 a 21 dias após o nascimento talvez até antes (BRASIL, 2013).

4 PARTO HUMANIZADO

Contemporaneamente o assunto: Humanização do Parto configura-se um assunto tecnicamente e amplamente debatido. No que lhe concerne, a humanização objetiva-se em promover assistência absoluta, reportando-se e atendendo a parturiente nos aspectos: espiritual, psicológico, biológico, e conduzindo o parto mais na esfera fisiológica, por intermédio da restrição de intervenções desnecessárias e na inserção de técnicas que limitam o desconforto emocional e físico (GONÇALVES, 2011).

Compreende-se, que humanização caminha abundantemente, apoiada ao incentivo dos órgãos de saúde mediante: portarias e decretos que normalizam e aspiram avanços na qualidade da assistência. Tornando-se inegável que, ao programar novas tecnologias, a progressão no atendimento obstétrico vem traçando novas diretrizes (GONÇALVES, 2011).

Sob tal enfoque, as intervenções que deveriam ser executadas em circunstâncias específicas, tornam-se rotina no atendimento. Mesmo, mediante aos avanços e as devidas atualizações, verifica-se uma indisponibilidade de ingresso aos serviços de saúde e também na assistência de qualidade (WINCK, 2010).

4.1. PARTO HUMANIZADO NO BRASIL

Trazer o contexto a realidade sobre humanização do parto não vem sendo tão fácil atualmente, e por traz de toda essa realidade trouxeram enormes situações marcantes e agravos, que foram ocorrendo durante os tempos até chegar a ideias que trouxessem melhorias ao que diz respeito em conceber uma vida, segundo (SIMONE e DINIZ, 2005).

Por sua vez, no Brasil, a maneira de humanização do parto, foi impulsionada por experiências vivenciadas em vários estados, como na década de 70, que surgiram profissionais que discordavam e que eram inspirados e se baseavam em práticas tradicionais de parteiras e índios, também houve vários grupos que tentaram propor e oferecer humanização e melhorias na assistência a gravidez e ao parto, propondo também mudanças na prática de melhorar e conduzir ao parto (SIMONE e DINIZ, 2005).

Atualmente, existem várias implementações com tentativas de melhorar a humanização do parto, chegando a um foco que o corpo da mulher é totalmente apto a dar a luz, e é bastante visto em sua maioria que não há necessidade de intervenções ou sequelas possíveis, o nascimento que é muito visto como uma ameaça para o bebê é provado que ele pode sim ocorrer com auxílio e apoio como um método fisiológico da maneira mais natural possível que ele pode estabelecer seus processos que não houve sucesso da maneira, mas natural possível sem necessidade de utilização de intervenções desnecessárias (SIMONE e DINIZ, 2005).

Envolto a todos esses episódios, compreende-se que o atendimento do parto humanizado no Brasil, se baseia praticamente em grande medida ao que se busca, e ao que foi proposto, se esta realmente sendo praticado buscando superar além do que foi estabelecido que fosse realmente cumprido, e que faça valer a pena, pois se trata de trazer melhorias na satisfação de saúde e de quem está prestes a conceber vidas, a vida da mulher e do bebê poderão estar em jogo, por falta de competência de profissionais desumanos (SIMONE e DINIZ, 2005).

4.2. ENFERMAGEM E PARTO HUMANIZADO

Inicialmente o trabalho da enfermagem exige-se que seja feito com amor e é obrigação da equipe realizar todo seu trabalho com cuidado, lembrando que sua participação no preparo para o nascimento é essencial, que não é realizado só pela enfermeira, mas também por outros profissionais, porém nesse contexto daremos ênfase à enfermagem lembrando que a atuação da mesma é principalmente promover a arte do cuidar, proteger e orientar (PROGIANTI, *et al.* 2012).

Em contra partida, houve várias discussões que há não conformidades nas ações contrárias ao modelo que foi baseado usando medicalizações desnecessárias, e há tentativas tanto pela OMS para a estimulação de maior humanização as praticas realizada no geral com a gestante, tem obtido uma enorme percepção também na queda da qualidade do pré-natal, altas taxas de cesarianas, uma falta de utilizar investimentos em estruturas das maternidades e uma enorme falta de desinformação da população por parte dos profissionais (PROGIANTI, *et, al* 2012).

É inegável, porém, que com o decorrer do tempo, houve muitas

atualizações principalmente ao quesito de tecnologias, ela não para e com o aumento da mesma em partes estimulam e piora também a assistência obstétrica, os profissionais são treinados muitas vezes de maneira errada para usarem mais das tecnologias que lhe são propostas, porém o problema não é o uso das tecnologias, mas sim o desrespeito com a gestante em seu momento importante que é dar a luz, a enfermeira que acompanha deve ser humana e ter respaldo para tal responsabilidade e está preparada também é papel dela, o profissional deve usar o mínimo de intervenções possíveis e ampara-la nesse momento, é necessário sim se atualizar e fazer uso de tecnologias respeitando sempre que o parto é um processo fisiológico e que pode ocorrer de forma natural (CASTRO, CLAPIS, JOSÉ 2005).

É oportuno lembrar que os profissionais se perguntam como pode ser qualificado essa assistência, e muitos não se importam em como melhorar, a questão também está em quem faz as escolhas desses profissionais, ainda mais se tratando de nascimento e parto é necessário pelo menos escolher pessoas mais empenhadas em dar o seu melhor, e que estejam comprometidas em humanização dessa assistência e trazer melhorias para a mesma, que tenham cursos na área para realizar os trabalhos da melhor forma possível, o gestor ou responsável ao fazer a escolha da equipe para trabalhar em ala de maternidade, deveria fazer uma triagem antes de sua escolha, e fazer observações no decorrer do trabalho de quem está ali realizando ele, porque é muito importante quem estará rodeando a gestante para não poder ocorrer episódios desagradáveis como violência obstétrica entre outros, até mesmo por fazer a troca do profissional que não está sendo capacitado para realizar tal função (CASTRO, CLAPIS, JOSÉ 2005).

Sob tal enfoque, conclui-se na opinião de DAVIM & MENEZES (2001, p.63), ser humanizado significa ser:

Consciente das características únicas de ser humano, onde humanizar é tornar-se humano como também é dar condição humana, resumindo que o humanizar o parto vai além dos sentimentos, como acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, oferecer um local seguro, dar a ela e lembra-la que ela tem direito ao acompanhante que proporcionara a ela maior conforto e segurança e não intervir.

Compreende-se sendo fazer uso de tecnologias desnecessárias, humanizar vai além de empatia; é um conjunto de respeito, ser recíproco e zelar por cuidado, com a humanização sendo realizada vale lembrar que se pode

resgatar o parto natural, normal, também vale ressaltar que devemos orientar as mulheres e voltar os seus olhos para que elas possam vê-lo o parto como ato verdadeiro de vida à luz, um processo espontâneo momentâneo, sem necessidade de intervenções e trabalhar com elas para não considerar um ato médico, um ato que sempre será um processo trabalhoso pensar sempre positivo e cada profissional buscar ser mais humano, não só em seu trabalho, mas começar a mudar dentro de si mesmo (ALMEIDA, *et al* 2005).

Em relação à humanização do parto, Diniz (2005), atesta que a mesma “envolve vários aspectos, incluindo diversos tipos de responsáveis e instituições, que têm opiniões contrárias ou favoráveis”.

Pelo exposto, vimos que o uso do termo humanização confere às discussões da violência em relação ao corpo da mulher em meios como: a cesariana e a episiotomia, além do tema direcionado à saúde pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constituído, já ao fim da década de 1990, por intermédio do SUS via Ministério da Saúde, o Parto Humanizado, ressalva-se em “abraçar” as crenças, condizente a sua valia, além do âmbito educacional da gestante e de seus familiares, ambos compartilhando: aprendizados científicos e populares; objetivando-se restituir às mulheres a sua liberdade no seguimento de parturição, não se submetendo as cesarianas em vão e aclarando como ter a sua criança, sem ao menos o consentimento familiar e amparada por uma equipe de atendimento, especialmente os enfermeiros obstétricos.

Já que, o parto vivifica o íntimo nas mulheres em sua experiência, podendo ser regenerador e reanimador de sua vida psíquica quanto a um processo psicoterápico, por abranger distintos aspectos referentes: aos valores, às ideias, às técnicas e intervenções dos profissionais de saúde, familiares e/ou acompanhantes, clientes, às rotinas dos serviços, aos procedimentos técnicos exercidos e o convívio dentre os membros da equipe de profissionais. A que ressaltar-se, que o parto e nascimento, somam-se a englobado composto de vitalidade e saúde – atinado quando a vida se constitui em seu mais alto nível de poder gerador; compreendo também, que a recomposição da mulher é mais dinâmica e ágil, a criança não demonstra ou apresenta menos dificuldades e a despesa financeira é bem menor para a família. É inegável, ser esse um entrave do Parto Humanizado, em razão de ser financeiramente de baixo custo, exclusivamente para as maternidades particulares, que optam em fazer cesarianas, mesmo que desnecessárias, no intuito de arrecadarem mais.

De qualquer forma, o Parto Humanizado no Brasil do ponto de vista das mulheres, mantêm-se longínquo de ser uma prática por compreender ser essencial ao órgão: reforçar e ajustar-se as políticas públicas compactuadas às Casas de Parto, no escopo de que a cultura do parto medicalizado no Brasil estabeleça mudanças de forma efetiva.

Ante ao exposto, propõe-se que os inúmeros estudos conduzidos ao Parto Humanizado, tornam-se gratos e mudado em políticas públicas, que coloquem mais Casas de Parto, para acolher as gestantes que aspiram um parto comum e humanizado.

REFERÊNCIAS

AMIGAS DO PARTO. **Parto humanizado**. Disponível em: < [www.amigas do parto.com.br/cocoras.html](http://www.amigasdo parto.com.br/cocoras.html) >. Acesso em: 26 mai. 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1 ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Caderno de atenção básica: atenção ao pré natal de baixo risco..** 1 ed. Brasília-DF: Ministério da saúde, 2012. 320 p.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Manual técnico: Pré natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada..** 1 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; BEZERRA, Luiz Gonzaga De Medeiros. Obstetrícia à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 727-732, set./out. 2002

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um complexo de fenômenos**. Paidéia - Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 201.

FERNANDES, Almesinda Martins De O.; DAHER, Marcelo Cecílio; HANGUI, Wagner Yoshio. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. 1 ed. Goiânia: AB, 2006. 439 p.

GONÇALVES, Helen; KNAUTH, Daniela Riva. Aproveitando a vida, juventude e a gravidez .. **Revista de Antropologia** , São Paulo, v. 49, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext >. Acesso em: 26 mai. 2018

IHU-ONLINE. **A médico: na contramão da saúde coletiva** . Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3008&secao=318>. Acesso em: 26 mai. 2018

Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.

MARTINS, E. F. et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./mar. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm>. Acesso em: 26 mai. 2018.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Rezende obstetrícia**. 12 ed. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 979 p.

MOURA, E. R. F. *et al.* FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO ENTRE MULHERES HOSPITALIZADAS COM PRÉ-

ECLÂMPSIA. **Cogitare Enferm**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 250-255, abr./jun. 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17855/11650>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

OLIVEIRA, Heitor Chagas De. **O jogo da malha**: recursos humanos e conectividade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2009.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; ROCHA, Ana Carolina Dantas; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise sobre os problemas básicos de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campina Grande, v. 35, n. 8, p. 349-356, set./jul. 2013. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n8/03.pdf> >. Acesso em: 26 mai. 2018

PROGIANTI JM, Sanna MC. Diálogos sobre a aplicação da história oral nos estudos de Enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2002 jan./abr. v.10 n.1 p. 57-61.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas não pré-natal: análise sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde .. **Ciência & Saúde Coletiva**, [SL], v. 12, n. 2, p. 477-486, ago./nov. 2004.

SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DOS FAMILIARES: COMPARTILHANDO PROJETOS DE VIDA E CUIDADO. **Rev Latino-am Enfermagem**, [SL], v. 14, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2006.

Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a08> >. Acesso em: 26 mai. 2018

VIEIRA, F. *et al.* DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO E TARDIO. **Esc Anna Nery**, [SL], v. 14, n. 1, p. 83-89, jan./mar. 2010.

Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13> >. Acesso em: 26 mai. 2018

WINCK, Daniela Ries; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia .. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63,

n. 3, p. 464-469, mai./jun. 2010. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf> >. Acesso em: 26 mai. 2018