



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
GRAZIELA ALESSANDRA DA SILVA CUTLAC

A BOA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

ARIQUEMES – RO

2019

Graziela Alessandra da Silva Cutlac

A BOA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharela.

Prof^a. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.

Ariquemes – RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

C989b CUTLAC, Graziela Alessandra da Silva
A boa prática do enfermeiro obstetra. / por Graziela Alessandra da Silva
Cutlac. Ariquemes: FAEMA, 2019.
43 p.
TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de
Educação e Meio Ambiente - FAEMA.
Orientadora: Profa. Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.
1. Bioética. 2. Parto Normal . 3. Enfermeiro . 4. Enfermeiro Obstetra. 5. Boas
Práticas Obstétricas. I Capelo, Sandra Mara de Jesus Capelo. II. Título. III.
FAEMA.
CDD:610.73

Bibliotecário Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Graziela Alessandra da Silva Cutlac
<http://lattes.cnpq.br/5654189085841743>

A BOA PRÁTICA DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Educação
e Meio Ambiente como requisito parcial
para a obtenção do Grau de Bacharela.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo
<http://lattes.cnpq.br/7277177050715747>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Jéssica de Sousa Vale
<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Esp. Fabíola de Souza Ronconi
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 20 de setembro de 2019.

Dedico esse trabalho a Deus que me permitiu estar aqui nesse mundo, me permitiu ser o que sou hoje e jamais me deixou desistir; e claro que aos meus pais, José Alberto Cutlac e Graça Maria da Silva Cutlac, pois com o amor e confiança deles eu posso voar mais alto em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que nunca me deixou fraquejar mesmo quando eu achava que não tinha mais de onde tirar forças para continuar este trabalho.

Agradeço ao meu pai, José Alberto Cutlac, que trabalhou muito para eu poder concluir meu sonho e sempre esteve ao meu lado me apoiando em tudo; à minha mãe, Graça Maria da Silva Cutlac, uma mulher guerreira e maravilhosa que me apoia; duas pessoas admiráveis, que nunca me deixaram desistir de nada. Amo mais do que a minha própria vida!

Agradeço imensamente à minha orientadora, professora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo, que aceitou me orientar e se dedicou lado a lado comigo, me apoiou e me guiou para que eu conseguisse concluir esta pesquisa.

E às minhas colegas de turma, Alice Ferreira do Pinho, Nadyegi Pozzebon Silva, Gleicielle Cristina Ribeiro Carneiro e Isadora Duarte Pereira, pois no meu desespero, tendo vontade de largar tudo o que estava fazendo, diziam: “Grazi, você é capaz, você vai conseguir”. Cito seus nomes com muita gratidão, pois me ajudaram não só neste trabalho, mas sim em minha graduação. Obrigada, meninas!

Agradeço a todos os professores e à minha coordenadora, professora Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo, que segurou em minhas mãos mostrando que eu posso vencer minhas dificuldades, e que aprimorou meus conhecimentos ao longo desses cinco anos de faculdade; como diz a professora Ms. Sônia Carvalho de Santana: é “padrão FAEMA”.

Agradeço a todas as pessoas que confiaram suas vidas em minhas mãos. A cada sorriso de agradecimento que deram, reacendeu em meu coração a chama de amor por essa profissão tão linda que é a Enfermagem.

Simplesmente obrigada!

*Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!*

Florence Nightingale

RESUMO

Em 2015, 98,08% dos partos no Brasil foram hospitalares, com taxa de parto cesariana de 56% em 2015. O nascimento é um acontecimento fisiológico e natural permeado de significados culturais e sociais. A magnitude desse evento se perdeu em meio a intervenções que passou a sofrer quando foi institucionalizado. Os procedimentos tornaram-se tão invasivos que levaram a uma postura de resistência das mulheres. Diversas políticas públicas foram traçadas no sentido de apoiar esse movimento, inclusive a condução dos partos por enfermeiros devido à sua característica menos invasiva na assistência à saúde. A bioética deve nortear a prática em saúde, pois seus princípios visam a problematização das experiências vivenciadas à luz dos direitos da pessoa e da dignidade humana. Em meio às novas recomendações, a questão norteadora do trabalho foi: considerando os princípios da bioética, o que tem sido apontado como boa prática obstétrica na atualidade? Desse modo, o objetivo do estudo foi apresentar as boas práticas do enfermeiro obstetra que transformam o modelo de parto e nascimento. Foi realizada revisão de literatura em caráter exploratório a respeito do tema, organizada em três partes: identificaram-se os princípios bioéticos, os eventos reconhecidos na atualidade como prática obstétrica danosa e as ações do enfermeiro que configuram prática obstétrica benéfica, justa e promotora da autonomia da pessoa humana. O estudo identificou que o enfermeiro tem assumido um protagonismo que tem recebido reconhecimento e destaque, contribuindo para a visibilidade da profissão e para a promoção do direito das mulheres e da dignidade humana.

Palavras-chave: Bioética; Parto normal; Enfermeiro.

ABSTRACT

In 2015, 98.08% of parties in Brazil were hospitalized, with a cesarean delivery rate of 56% in 2015. Birth is a permitted physiological and natural event of cultural and social meanings. The magnitude of this event was lost in the midst of a movement that began to suffer when it was institutionalized. The necessary procedures became so invasive that they led to a posture of resistance of women. Several public policies were designed without meaning of movement, including the conduction of parties by nurses due to their less invasive resource in health care. Bioethics must interrupt the practice in health, because its principles aim to problematize the experiences lived in the light of the rights of the person and human dignity. Amid the new demands, an important question of the work was: considering the principles of bioethics, or which were pointed as good obstetric practice today? Thus, the objective of the study was to highlight the good nursing practices that prevent the transformation of the model of birth and birth. A literature review on exploratory character and respect to the theme was organized, organized in three parts: the bioethical principles were identified, the events currently recognized as harmful obstetric practice and nurses' actions that configure beneficial, fair and performance-promoting obstetric practices. human The study identified that nurses assumed a prominent role that received recognition and prominence, contributing to the visibility of the profession and the promotion of women's rights and human dignity.

Keywords: Bioethics; Normal birth; Nurse.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 TIPO DE PESQUISA	15
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	15
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS.....	16
4.1.2 Não-Maleficência	16
4.1.1 Autonomia	17
4.1.3 Beneficência	18
4.1.4 Justiça e Equidade	19
4.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DANOSAS	20
4.2.1 Procedimentos sem Indicação Exata	20
4.2.2 Procedimentos Desnecessários	24
4.2.3 Procedimentos Desrespeitosos	25
4.2.4 Procedimentos Desumanos	26
4.3 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BENÉFICAS	28
4.3.1 A Disponibilidade	28
4.3.2 O Acolhimento	28
4.3.3 A Comunicação Acessível com Informações Completas	30
4.3.4 A Privacidade e Confidencialidade	30
4.3.5 A Autonomia	31
4.3.6 A Oferta de Alternativas não Farmacológicas para Analgesia	31
4.3.7 Acesso Imediato e Permanente com o Recém-Nascido	32
4.3.8 A Continuidade da Assistência	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO 1. Modelo de Plano de Parto (OMS)	42

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), 98,08% dos partos brasileiros foram hospitalares em 2017, com taxa de parto cesariana de 56% em 2015 (BRASIL, 2015), muito distante dos 10 a 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996a).

O nascimento é um acontecimento fisiológico e natural, e um fenômeno renovador permeado de significados culturais e sociais. A magnitude desse evento se perdeu em meio a inúmeras intervenções que passou a sofrer quando foi institucionalizado, processo iniciado no século XIX e intensificado no século XX. Os procedimentos tornaram-se tão invasivos que levaram a uma postura de resistência das mulheres, que buscaram resgatar sua autonomia perdida (KOTTWITZ, GONVEIA, GONÇALVES, 2018).

Diversas políticas públicas foram traçadas no sentido de apoiar esse movimento, visto que as altas taxas de partos cesariana não representaram menor mortalidade materno infantil quando comparados aos partos normais. Houve a percepção de que, se conduzidos por enfermeiros, os partos poderiam assumir um novo perfil, devido à característica menos invasiva desses profissionais na assistência à saúde (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Nesse sentido, surgiram os Centros de Parto Normal conduzidos por enfermeiros obstetras, conforme a Portaria GM/MS nº 11/2015. Estes estabelecimentos passaram a produzir novas práticas assistenciais que se mostraram efetivas para diminuir a dor sem o uso de medicamentos. Antigas práticas violadoras começaram a ser questionadas cientificamente e levaram à sua rejeição (BRASIL, 2015).

Em contrapartida, um novo repertório de práticas começou a ser validado, sendo consolidado em manuais do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto e nascimento. Foi redescoberta a possibilidade de viver a experiência do parto e nascimento sem muitas intervenções, e as práticas hospitalares passaram a ser substituídas (BRASIL, 2017).

A bioética deve nortear a prática em saúde, pois seus princípios visam a constante problematização das experiências vivenciadas à luz dos direitos da pessoa e da dignidade humana.

Em meio a novas recomendações relacionadas à assistência à saúde da mãe e do feto, a questão norteadora do trabalho foi: considerando os princípios da bioética, o que tem sido apontado como boa prática obstétrica na atualidade?

Desse modo, o objetivo desse estudo foi apresentar as boas práticas do enfermeiro obstetra que transformam o modelo de parto e nascimento. Nesse sentido, foi realizada revisão de literatura em caráter analítico a respeito do tema. A pesquisa foi organizada em três partes: a primeira buscou identificar os princípios bioéticos. Em seguida, procurou relacionar eventos reconhecidos na atualidade como prática obstétrica danosa e, finalmente, foram sintetizadas ações do enfermeiro que configuram prática obstétrica benéfica, justa e promotora da autonomia da pessoa humana.

O interesse pelo assunto surgiu durante o estágio na disciplina de Saúde da Mulher, ao perceber que algumas mulheres se surpreendiam ante a liberdade e possibilidades ofertadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, despertando o olhar para buscar evidenciar a mudança em curso.

O estudo se justifica no contexto de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, em que o enfermeiro tem assumido um protagonismo que tem recebido reconhecimento e destaque, contribuindo para a visibilidade da profissão e para a promoção do direito das mulheres e da dignidade humana.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar as boas práticas do enfermeiro obstetra que transformam o modelo de parto e nascimento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os princípios bioéticos;
- Relacionar eventos reconhecidos como prática obstétrica danosa;
- Sintetizar ações do enfermeiro que configuram prática obstétrica benéfica, justa e promotora da autonomia da pessoa humana.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de revisão de literatura em caráter exploratório sobre a prática do enfermeiro obstetra.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o levantamento dos estudos, foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde: bioética, parto normal e enfermeiro obstetra, os quais foram empregados isolados ou combinados entre si com o uso do operador booleano “AND”. Para o termo enfermeiro empregou-se ainda o operador booleano “\$” para não perder artigos em que o radical da palavra fosse utilizado.

Os descritores foram aplicados nas Bases de Dados de pesquisa científica: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para alguns temas específicos, como tricotomia e fleet enema, recorreu-se à base de dados do Google Acadêmico. Foram utilizados 35 artigos.

Utilizaram-se também livros, manuais técnicos do Ministério da Saúde, teses e dissertações, documentário, legislação e parecer técnico sobre o tema.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos artigos publicados no idioma nacional e em inglês e espanhol. A delimitação temporal considerou as publicações realizadas nos últimos 10 anos, buscando-se a evolução do tema na última década. Não se descartaram textos fora do período selecionado que traziam uma abordagem relevante para o estudo, como também livros temáticos que se constituem referência atemporal sobre os assuntos que abordam.

Foram excluídos materiais que não se enquadravam nas condições de inclusão pré-estabelecidas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

4.1.2 Não-maleficência

Refere-se à obrigação de não causar dano previsível, e implica não realizar ação que se presume prejudicial ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O parto é um evento com dinâmica própria e um encadeamento de etapas que visam adaptar o corpo materno para a expulsão do feto, e adaptar o feto ao trajeto do parto e à vida extrauterina. Os corpos materno e fetal negociam espaço e posição, o que leva a mãe a buscar uma acomodação que cumpra essas exigências fisiológicas. Essa adaptação tem um tempo certo para ocorrer, é variável entre as mulheres e afetada pela paridade (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Esse modelo de parto e nascimento destoa do modo de produção capitalista, que visa racionalizar o tempo para obter maior produção, sem ociosidade. Em consequência, assistir ao parto assumiu ares de ociosidade, enquanto intervir contribuiu para acelerar o desfecho e foi valorizado, de modo que o parto cesariana passou a ser melhor remunerado do que o parto normal pelas operadoras de planos de saúde (OLIVEIRA, 2018).

Para as instituições hospitalares foi interessante estabelecer o tempo de entrada e saída das pacientes internadas, com maior giro de leito e menos capacidade operacional ociosa. Desse modo, o parto cesariana se massificou no Brasil, sendo um dos recordistas no procedimento (BRASIL, 2016).

Também o parto normal passou a sofrer interferências para resolução mais rápida, com procedimentos hoje questionados pela ciência. Nesse sentido, deve haver, por parte dos profissionais da saúde, um debruçar-se sobre as melhores evidências científicas nessa área no sentido de resgatar o sentido humano do parto, e devolver à mulher e ao feto o protagonismo do evento (OMS, 2015).

Isso implica priorizar o uso da tecnologia leve sobre a tecnologia do saber estruturado e do uso de máquinas e equipamentos, o que se constitui uma revolução na assistência ao parto atualmente disponível (MERHY; FEUERWERKER, 1999).

4.1.1 Autonomia

A autonomia é definida como a competência para escolher, de maneira livre, as condições às quais se sujeitará (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017). A prática do profissional de saúde tem sofrido críticas que a pontuam como autoritária em relação à pessoa com uma necessidade de saúde, e há um clamor pelo resgate da autonomia da pessoa humana (SENTIDOS DO NASCER, 2015).

Esse resgate, entretanto, não implica revide que torne o paciente autoritário em relação ao profissional de saúde no momento em que precisa decidir sobre situações relacionadas ao seu bem-estar (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

O que se busca é o resgate da cidadania, do reconhecimento da dignidade humana independente de condição sócio econômica, política ou cultural, pois a autonomia da pessoa é relativa, considerando que existe um corpo social que impõe limites às liberdades individuais (FORTES, 1998).

O que se busca é um encontro em que profissional e paciente se reconheçam comprometidos com um desafio comum, mas um desafio que por dizer respeito ao corpo e vida do sujeito paciente, exige dele o protagonismo, visto que implicará consequências ao seu corpo e à sua vida (WUNDERLICH, 2016).

Essa possibilidade da gestante se expressar e se fazer respeitar, no entanto, não é algo criado em um encontro eventual com o profissional de saúde, mas o resultado de políticas emancipadoras, e de um novo modo de fazer saúde que implica educar para o autocuidado e para a auto recuperação, baseado em conhecimento científico compartilhado e redução das desigualdades econômicas, políticas e sociais, visto que implicam relações de poder (ANDREZO, 2016).

Em outras palavras, o exercício da autonomia está condicionado ao preenchimento de dois requisitos: informação adequada e suficiente e competência para a tomada de decisão. O primeiro desses fatores está ligado à prática dos profissionais de saúde, enquanto o segundo diz respeito ao acesso igualitário a educação, trabalho e renda (GOLDIM, 2010).

Independente da vulnerabilidade, o objetivo do profissional de saúde no encontro com a parturiente deve ser o de acolher sua concepção de parto e nascimento e, juntos, validarem esse desejo segundo as boas práticas baseadas em evidências. Deve ser o de facilitador de uma experiência de parto e nascimento singular e segura.

4.1.3 Beneficência

“Fazer o bem sem olhar a quem” é um dos aprendizados da infância. Mas, a definição do que é fazer o bem envolve reflexões maduras. Boff (1999, p. 12) auxilia ao pontuar que

“o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

A enfermagem tomou para si o cuidar do outro nas suas necessidades de saúde. O cuidado, como apresentado acima, contempla a enfermagem no seu melhor.

Esta definição de cuidado sinaliza um ato consciente e ativo em direção ao outro que antecede e procede ao chamado. Um momento de atenção e zelo é aquele que caracteriza o trabalho do enfermeiro na realização de um procedimento, mas a enfermagem é mais do que a execução de procedimentos.

É o comprometimento com o bem-estar do paciente nos pontos de atenção à saúde, tanto durante o processo assistencial ou mesmo na sua ausência, antes ou depois do atendimento, que caracteriza a essência do cuidado pelo enfermeiro (FELIX, 2014).

Implica o planejamento, higienização e organização do ambiente e materiais para o momento de atender, como também o registro, o encaminhamento e a vigilância após o atendimento, assistência invisível que revela ocupação, preocupação e responsabilização com o bem-estar do outro (KURCGANT, 2016).

Durante o atendimento, a atitude de servir, compreendida não como subserviência à outra pessoa, mas no sentido de consideração pelo outro, de valorização de sua história e empatia para atender à necessidade eventualmente não manifesta que, quando não atendida, caracteriza a doença.

Nesse sentido, o recurso do enfermeiro não é o medicamento farmacêutico apenas, mas o remédio em seu sentido amplo, como tudo aquilo que pode curar, como um toque gentil, uma palavra encorajadora e uma autorização fora da rotina. Tudo isso cabe em um parto humanizado, que se pretende ser benéfico à pessoa nesse evento familiar especial que é o nascimento de um filho.

4.1.4 Justiça e Equidade

Justiça e equidade talvez seja o conceito mais fácil de relacionar à dinâmica do trabalho em saúde, mas não é o mais fácil de aplicar. Ser justo requer uma sensibilização pessoal para a constante problematização das situações vivenciadas, em busca do respeito ao direito da pessoa e sua dignidade (ALBUQUERQUE, 2016).

O conceito de saúde menciona completo bem-estar e não apenas a ausência de doença, evidenciando que sofre influência de fatores políticos, sociais, econômicos e culturais (WHO, 1948).

Um primeiro ponto é a questão do acesso, a que todas têm direito constitucionalmente, de forma universal, gratuita e integral através do Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorre que, após o acesso, a qualidade do atendimento se diferencia, ao ponto de Maia (2010) afirmar que falar de assistência ao parto no Brasil é falar de desigualdade social.

Um aspecto pontuado pela mesma autora é que apenas hospitais públicos ofertam cursos de residência médica em obstetrícia credenciados pelo MEC, e que apenas essa especialidade desenvolve habilidade no manejo direto nas pacientes, sem aprendizado prévio em laboratório. Essas mulheres em que essas práticas são desenvolvidas majoritariamente possuem baixa escolaridade e raça negra, e são atendidas no sistema público de saúde.

Cruz (2008) situa que cabe abordar não apenas os princípios bioéticos a serem considerados pessoalmente, mas também os que buscam o bem público, apresentados por como bioética da intervenção. Por esse princípio, o governo busca promover ações capazes de reduzir a desigualdade social por meio de práticas intervencionistas, como nos Programas do Ministério da Saúde em que se busca diminuir a vulnerabilidade das gestantes nas Redes de Atenção à Saúde.

Entre as iniciativas citadas, figuram o Programa Nacional de Humanização, e as específicas para a assistência ao parto e nascimento, como a regulamentação dos Centros de Parto Normal conduzidos por enfermeiros obstetras, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o profissional mais apropriado para acompanhar a gravidez e o parto por ser menos invasivo em seu cuidado. São políticas que representam preocupação ética com o assunto (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

4.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DANOSAS

4.2.1 Procedimentos sem indicação exata

Em 2015, 56% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram cesarianas. Esta via de parto foi inicialmente associada à redução de mortalidade materna e neonatal, mas estudos apontaram que taxa maior que 15% não resultou melhor desfecho ou menor morbidade e mortalidade materna (BRASIL, 2015).

O sistema biomédico colaborou para que a voz da mulher deixasse, aos poucos, de ocupar o papel principal no parto, e as taxas de preferência por parto cesárea avançaram de forma negativa, pois se tornou cirurgia habitual. (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

No entanto, ele tem sido questionado porque favorece a perda de autonomia da mulher e a sua capacidade de decisão do que pode ou não ser feito com seu corpo e sua sexualidade, representando uma experiência negativa em sua vida (LEITE et al, 2018).

Anjos; Westphal; Goldman (2014) encontraram, em estudo bibliográfico, que os fatores para a sua indicação foram cesárea prévia (12%), primiparidade (10%), cirurgia eletiva (10%) e temor da dor (10%), potencialmente evitáveis. É fundamental prevenir parto cesárea em primíparas, pois induz ao parto cirúrgico nas gestações subsequentes e aumenta o risco de complicações, que são mais frequentes em mulheres com cirurgia anterior.

Os partos cesárea são benéficos à saúde materna e neonatal quando realizados com justificativa clínica, mas aumentam a permanência hospitalar e morbidade materna e neonatal quando realizados sem indicação adequada (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Há relatos de gestantes que realizaram o pré-natal com um médico e se sentiram induzidas ao parto cesariana, pois foram avisadas apenas nos momentos finais da gestação sobre alguma questão que impedia o parto normal. Ante a proximidade do parto, viram-se obrigadas a decidir se procurariam outro profissional para o parto ou seriam submetidas a uma cirurgia agendada com o profissional que as atendera durante a gestação (ALVARENGA, 2016).

Entringer; Pinto; Gomes (2019) realizaram comparação de custo entre as duas vias de parto em 3 maternidades e encontraram um custo 32% superior para a cesárea em relação ao parto normal, demonstrando um fator a mais para a mudança do modelo de atenção ao nascimento no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (1996) orienta que algumas intervenções devem ser abolidas durante o trabalho de parto a favor da humanização. Estudo realizado em Unidade Obstétrica de Porto Alegre, com puérperas com mais de duas horas de trabalho de parto e neonatos com mais de 37 semanas, encontrou que 97,8% das entrevistadas responderam que foram submetidas a punção venosa e 69,8% relataram o uso de soro com ocitocina (DOS ANJOS, A. M.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, 2017).

A ocitocina, também produzida naturalmente pelo organismo, estimula as contrações uterinas diminuindo o tempo do trabalho de parto. Administrada endovenosa a fim de maior rapidez na expulsão do bebê é associada à elevação da dor da parturiente no decorrer das contrações, provocando elevação da sua frequência cardíaca e redução de oxigenação ao bebê (SERRA, 2018).

O método de medicalização começou a ser utilizado no século XIX, mas apenas no século XX tomou maiores proporções. No instante em que o parto hospitalar se democratizou, começou a ser utilizado constantemente, com objetivo de aprimorar o atendimento materno e neonatal, contudo, o que se verificou foi a utilização indiscriminada.

O medicamento passou a ser usado de modo rotineiro e em excesso, com dose de ataque e gotejamento rápido, agregando consequências perinatais adversas, sendo o sofrimento fetal agudo o problema mais frequente. É ainda desaconselhada porque desencadeia intervenções em cascata e reduz a taxa de parto vaginal (CHOURABI, 2018).

O misoprostol é um medicamento que provoca o amadurecimento do colo uterino. Nos últimos dez anos, a prática de incentivo ao amadurecimento colo uterino tem sido constante nas maternidades dos EUA e se reproduziu no Brasil. É inserido via vagina de forma rotineira, com a consequente hiperestimulação uterina (FILHO et al., 2005).

É desejável que o profissional que prestando assistência ao parto interfira somente se necessário. Ressalva-se que somente as práticas validadas pela melhor

evidência científica devam ser adotadas, visando o nascimento seguro, com o mínimo de intervenções.

Após o lançamento do guia de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento da OMS, em 1996, surgiram vários outros documentos esclarecendo sobre os direitos da mulher na gestação, bem como destacando o que se reconhece como valores nesse momento, e esses documentos têm proclamado um parto com o mínimo de intervenções possíveis (CORTÉS, et al. 2015).

A amniotomia consiste na ruptura artificial das membranas amnióticas com o uso do amniótomo ou pinça de Kocke para aumentar a dinâmica do trabalho de parto. Ela é considerada precoce quando ocorre no início do trabalho de parto, devendo, quando necessário, ser realizada na fase final de dilatação do colo uterino (ANDREES; RANKIN, 2007).

Estudos mostram que o rompimento das membranas amnióticas adianta em 1 hora o trabalho de parto espontâneo, mas é associada à maior incidência de parto cesárea devido a alterações na frequência cardíaca fetal. A prática também é associada ao prolapso do cordão umbilical (NOGUEIRO, 2014).

A violência institucional, em obstetrícia, se caracteriza pela estrutura representada pelas práticas executadas pelas equipes da saúde e permitida pela gestante no trabalho de parto, por não ter o conhecimento do seu corpo e por receio do que pode vir a acontecer com seu filho. A gestante entende que os médicos têm um conhecimento maior ou acham que tem que ser assim (JÚNIOR, 2018).

A manobra de Kristeller, em que o profissional de saúde usa o peso corporal para pressionar o fundo uterino materno em direção à pelve, é outra intervenção que se propagou sem evidência científica dos seus benefícios. Na atualidade, os estudos comprovam que a prática causa diversos problemas, mas a manobra continua sendo efetuada com frequência (CIELLO et al., 2012).

Os profissionais reconhecem que a manobra de Kristeller é um procedimento desaconselhado, mas ainda realizam e não informam no prontuário (PEREIRA et al., 2016).

Sousa et al. (2016), em estudo realizado em maternidades de Belo Horizonte, inclusive Centro de Parto Normal, encontrou que a manobra foi realizada em 9,3% das mulheres, e salientou a resistência dos profissionais em adotar novas práticas mesmo em instituições que buscam um novo modelo assistencial.

O fórceps é um instrumento obstétrico utilizado para prender, girar e tracionar a cabeça do feto a fim de sua extração pelo canal do parto. É indicado quando há fadiga materna ou parada de progressão no parto e sofrimento fetal. É um procedimento que exige dilatação total do colo uterino, ruptura das membranas, apresentação insinuada e habilidade do obstetra (BENZECRY, 2010).

Revisão sobre o tema encontrou que a lesão esfínteriana foi a principal repercussão para a mãe, e não houve evidência de comprometimento fetal. Seu uso continua restrito às situações especificadas e por profissional capacitado, e a falha na sua aplicação é indicativo de cesárea (CUNHA, 2011).

Em 1972, a episiotomia foi criada por Felding Ould, com a ideia que só seria utilizada em casos de dificuldade na hora do parto. No entanto, no começo do século XX, Joseph DeLee divulgou a prática e o procedimento se tornou rotineiro, sendo aplicado a todas as mulheres. A justificativa é que o sofrimento, tanto para o bebê quanto para a mãe, seria diminuído. Em 1980, ficou claro de que essa prática não era recomendada (VITÓRIA, 2018).

A episiotomia é conceituada como prática cirúrgica para que haja expansão do canal vaginal no momento da expulsão do bebê. Não há, entretanto, comprovação de que acarreta benefícios à puérpera e ao recém-nascido, havendo, pelo contrário, evidências de que pode causar danos. Aceita-se taxa menor do que 10% do procedimento, mas estudos nacionais ainda apresentam taxas que chegam a 31,45% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Zveiter, Progianti, Vargens (2005) encontraram que muitas mulheres descreveram a sensação horrível a que as submeteram, muitas vezes com a realização do corte sem anestesia e de qualquer forma. Deste modo, a episiotomia se tornou além de uma experiência dolorosa, um trauma, pois no momento de sua realização a mulher é incapaz de reagir a tal intervenção externa.

Não há justificativa para a episiotomia frequente, pois não beneficia a mãe nem o bebê, acarreta necessidade de sutura do períneo e o risco de implicações no sétimo dia pós-parto, com dor e desconforto relacionados. Além disso, a rigidez do períneo geralmente é consequência de uma episiotomia anterior.

4.2.2 Procedimentos desnecessários

O jejum de alimentos e bebidas coagido e por um longo prazo é uma ação executada com frequência, do período da internação até o momento do parto. Essa prática tem como função o esgotamento gástrico no decorrer do pré-operatório. É comprovado que essa ação traz problemas à mulher como: hipoglicemia e desidratação. Essa pratica é efetuada mesmo sendo parto normal, afirmando-se que evita náuseas e vômitos (SERRA, 2018).

A OMS preconiza que práticas apontadas como prejudiciais e impróprias acarretam danos e devem ser evitadas para que não se torne um procedimento rotineiro: ruptura precoce de membranas, enema, cateterismo venoso e monitoramento eletrônico fetal. A humanização não possui o papel só em realizar procedimentos, seguir normas e regra, e sim poder dar uma valorização aos pais e recém-nascido, e oferta à autonomia da mulher com respeito, abrindo espaço para que a gestante se expresse (BRASIL, 2017).

A dificuldade em realizar o procedimento com técnica asséptica, o déficit de insumos necessários e a falta de uma avaliação médica precisa para a indicação do cateterismo vesical são fatores predisponentes para a infecção do trato urinário relacionada à sondagem vesical de demora, devendo ser abolido o seu uso.

A utilização frequente de preparos intestinais, como supositório, enema e enteroclismas, têm sido indicados para auxiliar um nascimento com mais rapidez, livre de possíveis infecções tanto para o bebê quanto para a mulher, e acredita-se que incentiva a contração uterina, diminuindo o tempo do parto. Contudo, encontram-se problemas relacionados se são constituídos por sabão. Casos registrados de choque anafilático, irritação retal, colite, entre outros sintomas, inclusive diarreia sem dor. Verificou-se que gestantes que não utilizaram o enema, e relataram diarreia nas 24 horas anteriores à entrada no hospital, demonstraram menor infecção no decorrer do trabalho de parto (LOPES et al., 2001).

Sodré e Lacerda (2007) encontraram discurso contra e a favor à prática em estudo junto a profissionais de saúde. Como pontos desfavoráveis, foram apontados que a ocorrência de infecção associada ao trabalho de parto é questionável e não tem sido observada na prática, e que se houver presença de fezes no período expulsivo, é preferível que não sejam líquidas, além de apenas molestar as pacientes sem benefício relacionado. A favor da prática, o mesmo estudo encontrou

discurso em que se menciona que o enema estimula o trabalho de parto, além de evitar a eliminação de fezes e a contaminação, principalmente na presença de episiotomia.

A prática da tricotomia também é recorrente, sem benefício evidente (GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, 2011).

4.2.3 Procedimentos desrespeitosos

A assistência ao parto e nascimento vem passando por mudanças rumo ao parto fisiológico, após um período de assistência mais medicamentosa e invasiva. O processo teve início no século XIX, intensificando-se no século XX, quando o parto cirúrgico tomou uma proporção maior com o objetivo de melhoria na assistência materna e neonatal, mas com muitas intervenções invasivas (KOTTWITZ, GONVEIA, GONÇALVES, 2018).

São frequentemente relatados maus-tratos sofridos pelas mulheres durante o pré-natal até o momento do parto, como desrespeito e violação da sua dignidade. São ocorrências como: abuso verbal, abuso físico, intervenções não aprovadas pelas mulheres, negligências, abandono ou até mesmo recusa de assistência. (PEREIRA, 2016).

A autonomia de se movimentar passou a ser considerada no decorrer do trabalho de parto, mas no momento do parto não é, constantemente, as mulheres eram conduzidas para o leito e posicionadas em decúbito dorsal, de pernas para cima sustentadas em estribos (YOSHIE ET AL., 2019).

Wolff (2018) relatou mulheres entrevistadas que se incomodaram com o número de pessoas no ambiente, deixando-as envergonhadas por estarem desnudas. Também a manipulação repetida causou nervosismo e passaram a se sentir mais contraídas naquele momento. Desse modo, os profissionais devem tratar a mulher com maior consideração, privacidade e respeito, de modo que não se sintam intimidadas e invadidas e, assim, possam auxiliar para o progresso do trabalho de parto e parto, sem dificultá-los.

4.2.4 Procedimentos desumanos

A agressão verbal é compreendida como uma forma de desrespeito que destrói e desvaloriza o indivíduo que sofre a violência. Inclui a discriminação devido à raça, classe social, idioma, nacionalidade, cor, religião ou qualquer prática agregada que agrida a dignidade da vítima. (LIMA; SOUSA., 2015)

Alguns trabalhos apontam frases de mulheres que sofreram essa agressão como “Na Hora de fazer não gritou”, “Mulher é um bicho sem vergonha mesmo...”, “sofre e grita e no próximo ano tá aqui de novo!”, “Se não fizer força...seu bebê vai morrer e a culpa será sua!”, “É melhor fazemos cesariana...pois o parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar prazer ao seu marido!” (SANTOS, 2017).

Muitas mulheres sofrem ameaças verbais por não concordar com as condutas sugeridas pelos médicos, e demonstrar qualquer reação é uma injúria. Há ameaça por parte dos profissionais com a intenção de estabelecer às mulheres o seu lugar, com o uso de palavras ofensivas com tom de menosprezo à capacidade intelectual das gestantes, em todo o processo do parto e no instante do nascimento (SENA, 2016).

Violência psicológica é toda ação que cause ou busque causar dano a saúde mental de uma pessoa, incluindo humilhações, exploração, discriminação, chantagens, entre outros. Essa violência é considerada uma das mais difíceis de ser identificada, apesar da constante ocorrência. A mesma leva a pessoa a se sentir inferior a outras, ter crises de ansiedade e adoecer com facilidade (SILVA, COELHO, CAPONI, 2007)

Essa postura se dá por um nível de poder estabelecido por uma pessoa contra a outra ou contra uma coletividade onde buscam estabelecer regras, controlando suas ações, confiança e decisões, resultando em problemas de desenvolvimento físico, mental e social de cada indivíduo. A violência psicológica possui grande influência na vida das pessoas, pois a pressão estabelecida causa um sentimento de medo, medo de denunciar ou de não saber definir se é ou não uma violência (LIMA; SOUSA, 2015).

Alguns profissionais de saúde subentendem que mulheres que possuem baixa escolaridade ou estabilidade econômica não conseguiriam acompanhar os esclarecimentos que eles poderiam vir a falar, e que o esforço seria desperdiçado.

Esta ação vai contra aos princípios humanísticos, que visa uma assistência qualificada, e todos os esclarecimentos são de fundamental importância (JÚNIOR, 2018).

Atribuir falhas no processo do parto a questões físicas ou atitudes da mulher é um exemplo e estudos realizados encontraram situações em que o médico referiu que a ocorrência do natimorto se deveu à falta de força da mãe na expulsão do feto (SILVA, 2014).

A imobilização durante o parto é realizada de maneira não intencional, sob o argumento de estabilização da punção venosa e da monitorização da pressão arterial, mas representa agressão ao impedir a movimentação mesmo para ações de conforto mínimo, como retirar um fio de cabelo dos olhos ou coçar-se onde sinta prurido.

A violência contra a gestante é um dos maiores desrespeitos ao direito humano, se tornando uma prática frequente na sociedade, sendo reconhecida mundialmente na década de 50, após a publicação de uma matéria que se tornou conhecida como “a crueldade nas maternidades”, nos Estados Unidos. Foi relatado como um tratamento grosseiro, desumano e violento por diversas mulheres.

No Brasil, o assunto passou a ser discutido a partir da década de 80, depois por participantes de movimentos feministas que descreveram como um tipo de violência vivida (AGUIAR et. al., 2017).

A violência obstétrica ocorre tanto em partos normais como no parto cesárea, onde as mulheres não são informadas sobre quais procedimentos são realizados e muitas são as queixas relatadas sobre esse procedimento. Estudos relatam que quando ocorre o nascimento do bebê, ele é afastado da mãe, impedindo assim o primeiro contato e a criação de um vínculo entre mãe e filho. Também se descrevem casos em que a anestesia é insuficiente, tornando o momento do parto algo aterrorizante e traumático (PEREIRA et.al., 2016).

Este modelo de atenção ao parto é caracterizado pela perda do poder feminino sobre sua vida sexual e sobre o próprio corpo, com a falta de humanização e o desrespeito de parte dos profissionais da saúde, que veem impactando negativamente na vida da mulher. Com isso, vem também a violência institucional que é o descaso de um atendimento humanizado na assistência, e falta de flexibilidade do profissional ao paciente (SILVA, 2017).

4.3 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BENÉFICAS

4.3.1 A disponibilidade

A disponibilidade diz respeito tanto ao atendimento da gestante em toda ocasião que ela procurar o serviço de saúde impedindo a sua peregrinação, quanto à realização do parto pelo profissional que acompanhou a sua gestação no pré-parto, na medida do possível.

A mulher é amparada pela Lei nº 11.634, de 2007, garantido que cada gestante tem o direito a assistência pelo SUS, e possui o privilégio do conhecimento e uma relação antecipada da maternidade que será efetuado seu pré-parto, parto e pós-parto, no local que será acompanhada em caso de alterações, como por exemplo nascimento prematuro (JÚNIOR, 2018).

Mesmo os médicos obstetras, ante uma nova postura adotada em relação ao parto e nascimento, buscaram alternativa de remuneração que contemple o tempo que dedicarão a essa assistência (TIMI; MARQUARDT; MERCER, 2014).

4.3.2 O acolhimento

O nascimento é, tradicionalmente, um acontecimento espontâneo e um evento social, permeado por imenso significado cultural e pessoal que impactam a experiência humana de modo permanente. A prática do parto reclama mudanças significativas desde que perdeu seu lado humanizado e se transformou em um processo meticuloso e mecanizado (KOTTWITZ, GOIVEIA, GONÇAVES, 2018).

Historicamente, o processo de parto se dava de forma natural, sendo cuidado pela parteira e pelos familiares. A inclusão da medicina culminou na transformação do parto em uma doença, e na institucionalização do parto que passou a ocorrer nos hospitais. Embora isso tenha proporcionado maior controle dos riscos materno-fetais, houve a inclusão de vários procedimentos hoje apontados como desnecessários (SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA; 2011; OLIVEIRA et al., 2002).

A gestante adentravam os hospitais, mas seus acompanhantes eram excluídos, e foram deixadas ou consideradas não científicas determinadas práticas

que proporcionavam que a experiência do nascimento do bebê fosse única na vida do homem e da mulher, constituindo para a família um sentido especial (BIO, 2015).

Respeitar a liberdade da gestante para escolher o acompanhante de sua preferência e o monitoramento adequado do bem-estar físico e emocional da gestante no parto constituem medidas comprovadamente úteis que devem ser estimuladas. Estudos apontam que mulheres que puderam contar com o apoio de um familiar/amigo tiveram trabalho de parto mais curto, necessitaram de analgesia com menor frequência e seus recém-nascidos apresentaram menor frequência de pontuação baixa de Apgar, além da prevalência de partos operatórios foi menor (HOGA, 2007).

Segundo Perdomini e Bonilha (2011), é necessário que as instituições hospitalares garantam a observação da Lei nº 11.108, publicada em 7 de abril de 2005, que garante a presença do acompanhante escolhido pela mulher durante o processo do nascimento, de modo que ela possa optar em ter um acompanhante com o qual possua relacionamento para estar apoiando-a, seja no período de trabalho de parto, parto ou pós-parto imediato.

Moura et al. (2007) refere que é imperativo que sejam respeitadas as vontades e direitos da gestante, incluindo comodidade, segurança e gentileza, assim como formas para amenizar as dores no trabalho de parto e a permanência de um acompanhante selecionado por ela, e lhe dar o direito de escolha.

Maia (2010) pontua que a humanização, mais do que a incorporação de práticas da Política Nacional de Humanização, é o relacionamento do profissional com a parturiente orientado por uma concepção ética condizente. Nesse sentido, a presença do acompanhante não é o mero cumprimento de uma obrigação legal, mas a crença no benefício que isso causa à gestante.

O plano de parto é o registro, pela gestante, dos seus desejos e expectativas em relação ao parto. Configura-se uma oportunidade de interação entre o profissional de saúde e a gestante durante o pré-natal. Auxilia na troca de informações e promove a reflexão das equipes sobre a assistência disponibilizada e as condutas tomadas rotineiramente, fortalecendo o vínculo e contribuindo para o fortalecimento da mulher (ANEXO 1)(TESSER et al., 2015).

4.3.3 A comunicação acessível com informações completas

Segundo TIGOLINI, MELO (2002), é necessário que os profissionais de enfermagem se comuniquem com o paciente sendo atenciosos, respeitosos, usando uma linguagem coloquial, e valorizando a comunicação não verbal, de modo que haja comunicação efetiva. Devem também oferecendo apoio e recursos para a satisfação do paciente que se encontra vulnerável pelo processo de hospitalização, propiciando um cuidado que auxilie o paciente a discorrer sobre suas experiências, priorizando o seu pensamento e sentimento.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mais do que uma formalidade elaborada para proteger o profissional e instituição de saúde de infração ética e legal, é a expressão de humildade profissional frente ao conhecimento da pessoa sobre o que é melhor para si, e o reconhecimento do seu direito de decidir sobre o próprio corpo e saúde.

Aplicar o TCLE é, assim, um exercício de reconhecimento do outro, da sua cultura, dos seus valores, da sua inteligência para compreender, mesmo que por analogias ou linguagem simplificada, o conjunto complexo de saberes abarcados pela ciência médica que lhe é apresentado de maneira símplice (SCHRAMM, 2008).

4.3.4 A privacidade e confidencialidade

Estudo realizado por CORDEIRO et al. (2019), encontrou, em conversa com puérperas, que 75% delas reportou que a roupa usada durante o trabalho de parto foi expositiva. A invasão de privacidade do corpo da gestante e sua nudez são um desafio para a equipe de enfermagem, que deve atuar para sua proteção.

A internação implica estar em um ambiente diferente do usual e isolamento social, o que gera desconforto. Além disso, a roupa hospitalar despessoaliza e impede a privacidade, rompendo abruptamente um modo de ser e estar característico. Estes fatos, por si só, ocasionam perda de identidade, o que exige dos profissionais o tratamento nominal e respeitoso, demonstrando que o valor humano está preservado mesmo na ausência das roupas que são símbolos sociais.

Outro ponto que merece destaque é o sigilo das informações a que os profissionais têm acesso em função de sua profissão, devendo zelar pela

preservação dos dados e imagens registradas. Comentar situações vivenciadas com o paciente sem a sua autorização constitui infração ética.

4.3.5 A autonomia

Diversos estudos têm apontado que o enfermeiro, por possuir uma formação mais humanística, valorize mais os fatores culturais que permeiam o parto e o nascimento, com maior abertura para os aspectos subjetivos do evento.

Estudo realizado por Torres; Santos; Vargens (2008) pontua que o parto deve ser entendido como um processo relacional que requer cuidado e não controle. Isso implica um novo modo de atuar em relação ao paciente, buscando interação e não intervenção, diálogo e não doutrinação.

Nesse sentido, deve haver um olhar acolhedor para as preferências das gestantes para o momento, mesmo que não compartilhados pelo profissional. Implica abertura para fragrâncias, luminosidade, sons e posições que não estarão contidos nos manuais operacionais, e serão validados durante o uso. É o cumprimento do princípio bioético de respeito à autonomia da mulher.

4.3.6 A oferta de alternativas não farmacológicas para analgesia

A dor é o principal receio das gestantes em relação ao parto. É importante que haja uma atuação ativa pelo profissional da saúde para minimizar seu desconforto, com alternativas não medicamentosas ou invasivas.

Trabalho de revisão realizado por Gallo et al. (2011) encontrou que o banho de chuveiro, o banho de imersão, a massagem, bola suíça, exercícios respiratórios, estímulos elétricos de baixa frequência, técnicas de relaxamento, mobilização e deambulação foram os principais recursos utilizados, com melhor resultado na avaliação das pacientes.

4.3.7 Acesso imediato e permanente com o recém-nascido

A separação entre mãe e filho após o parto pode trazer várias consequências tanto para a mãe quanto para o bebê, ocasionando também a perda de um momento tão importante na vida dos dois. Após o parto o recém-nascido está pronto para ativar os seus sistemas comportamentais, através de estímulos desenvolvidos no contato com a mãe, como o toque pele-a-pele, a fala, o cheiro e amamentação. (ROSA, et al. 2010)

O contato epidérmico entre a mãe e o bebê é de suma importância, pois é através dele que ocorre a integração do recém-nascido com o mundo externo, preparando o mesmo para experiências até então desconhecidas e compondo sua flora bacteriana protetora. Neste contato com a mãe o bebê se sente seguro favorecendo assim o seu bem-estar e o vínculo entre mãe e filho. A separação logo após o parto também influencia no bem-estar da mãe, que sente medo e insegurança ao ver o filho sendo levado pra longe do seu alcance visual. (CRUZ, SUMAM, SPÍNDOLA, 2007)

4.3.8 A continuidade da assistência

A assistência materno-infantil deve estar configurada em uma Rede de Atenção à Saúde, com a inserção da mulher desde o planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e puericultura, zelando pela integralidade do cuidado tanto direcionado à mãe quanto ao neonato.

Nesse sentido, após o parto e nascimento, deve haver manutenção dos cuidados ao binômio, com consulta puerperal em até 40 dias após o parto e puericultura, com acompanhamento de vacinas e alimentação, avaliando-se o grau de risco das crianças e encaminhamento para centro de referência quando necessário.

É através do fortalecimento da integralidade assistencial que se alcançará uma geração de cidadãos saudáveis e reprodutores da capacidade do auto cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observado ao longo do estudo que o enfermeiro tem papel essencial na introdução e manutenção de novas práticas de abordagem da gestante e família, dando a eles a oportunidade de vivenciarem a chegada de um novo filho em um ambiente acolhedor e gentil, mas também científico e seguro.

A proposta de intervenção mínima implica abandonar procedimentos invasivos, mas apoiar com a oferta de recursos considerados apropriados pela mulher frente às situações e sentimentos que vivencia no momento do parto e nascimento.

O que se propõe é que haja uma interação profissional-paciente significativa como experiência humana, interagindo com respeito um pelo outro, em um encontro que pretende ser enriquecedor para ambos.

Os princípios bioéticos auxiliam o profissional na tomada de decisão quando se depara com situações inusitadas ou novas condutas introduzidas na prática profissional. É através da permanente avaliação da própria atuação que o enfermeiro sedimenta uma prática benéfica, justa e promotora da autonomia da pessoa humana.

O estudo é relevante para o estabelecimento de Políticas Públicas de Saúde, sendo recomendada sua continuidade, inclusive em campo, validando as reflexões junto aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, 2016, v. 14, n. 2, p 641-649.

ANDREES, M.; RANKIN, J. Amniotomy in spontaneous uncomplicated labour at term. **British journal of midwifery**. 10 oct. 2007, v. 15.

ANDREZZO, H. F. **O desafio do direito a autonomia**: uma experiência de plano de parto no SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

ANJOS, C. S.; WESTPHAL, F.; 2; GOLDMAN, R. E. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, set/dez 2014, v. 1, n. 13, p. 86-94.

ALMEIDA, Marcos de, MUÑOZ, Daniela Romero. **A responsabilidade médica**: uma visão bioética, s/p. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpato/medlegal/respmed.htm>>. Acesso em: 02 out. 2010.

BENZECRY, R. **Fórcipe**. In: Montenegro, C. A. B., REZENDE FILHO, J. (Eds). *Rezende Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010, p. 905-21.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 8 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Proporção de partos hospitalares**. IDB 2010 Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2017/f07.def>>. Acesso em: 5 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF: 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para parto cesariana**. Brasília, DF, 4 de abril de 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 05 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte, jul./dez. 2017, n. 115, p. 13-45.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R. e PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.2, pp.427-435. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200019> Acesso em: agosto de 2019.

CARVALHO, Luísa Damásio de. **O reconhecimento legal contra a violência obstétrica no Brasil**: análise das legislações estaduais e Projeto de Lei Federal nº 7.633/2014. 2018.

CHOURABI, Lizandra Flores. **Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil**: um estudo à luz do conceito de violência obstétrica. 2018. PhD Thesis.

CIELLO, Cariny, et al. **Violência obstétrica: parirás com dor**. Brasília: Senado Federal, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, seção 1, de 06 dez. 2017.

CORDEIRO et al. Exposição corporal das pacientes em trabalho de parto em um setor de pré-parto. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, mar./apr. 2019, v. 2, n. 2, p. 685-700.

CRUZ, D.; SUMAM, N.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 690-697, 1 dez. 2007.

CRUZ, M.R.; TRINDADE; E. Interventional bioethics an epistemological proposal and a necessary tool to societies with vulnerable social groups. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 483 – 500. 2008 [online]. Disponível em: <http://www.mct.gov.br/upd_blob/0023/23943.pdf>. Acesso em 04 out. 2019.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, dez. 2011, v. 39, n. 12, p. 549-54.

DIAS JÚNIOR, D.; BARBOSA, R. J. **Violência Obstétrica: conhecimento em uma Unidade Básica de Saúde**. 2018.

DOS ANJOS, A. M.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Práticas assistenciais durante o trabalho de parto. **Clin Biomed Res**, 2017, v. 37 (Supl.).

DOS SANTOS SILVA, V., et al. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ultraje aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher**.

ENTRINGER, A. P; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019, v. 24, n. 4, p. 1527-1536.

FELIX, Z. C. et al. O cuidar de enfermagem naterminalidade: observância dos princípios da bioética. **Rev. Gaúcha Enf.** v.35 n.3 pg.97-102. Set. 2014. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00097.pdf
Acesso em: 25 jul 2016.

FILHO, Olímpio Barbosa de Moraes. Misoprostol sublingual. ver MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, 2017, 51.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia edireitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, jan., 2011, v. 39, n. 1.

GAMA, Andréa de Sousa, et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, 25: 2480-2488.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, L. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011

GOLDIM, José Roberto. Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia, s/p. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufgrs.br/benefic.htm>>. Acesso em: 02 out. 2019.

HOGA, Luiza Akiko Komura; PINTO, Cleusa Maia de Souza. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Dialnet**. Vol. 25, nº. 1, 2007, p. 74-81.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery** 22(1) 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf. Acesso em: agosto de 2019.

KURCGANT P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1991. 212 p.

LEITE, I. C. R. et al. A Análise da Taxa de Cesáreas no Distrito Federal e em um Hospital Público Regional nos últimos 15 anos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, 2018, v. 7, n. 1.

LIMA, Gustavo Henrique Alves; SOUSA, Santana de Maria Alves. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, 2015, 68.5: 817- 823.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 189 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 05 out. 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>> Acesso em agosto de 2019.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, 2017, 51:

MENDONÇA, Sara Sousa. Quando o pai do bebê acompanha o parto: uma etnografia em uma maternidade pública humanizada na cidade do Rio de Janeiro. **ACENO-Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, 2018, 5.9: 31-46.

NIY, Denise Yoshie, et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2019, 23: e180074.

NOGUEIRO, E. P. S. P. **Aquisição de competências**: contributos de uma revisão integrativa sobre a amniotomia precoce para a gestão do primeiro período de trabalho de parto. Relatório de estágio. Porto, 2014. 152 p.

OLIVEIRA, L. G. S. M; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, maio/ago. 2018, ano XXII, n. 75, p. 36-50.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE (OMS). Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Abr. 2015. 4p.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; DE LOURENZI BONILHA, Ana Lúcia. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2011, 20.3: 245-252.

PEREIRA, J. S. et al. **Violência obstétrica**: ofensa à dignidade humana. 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Assistência ao Parto e Nascimento**: diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015, 33p.

ROSA, R. D. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Nery**, 2010, v. 14, n. 1, p. 105-12.

SENA, Ligia Moreiras, et al. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016.

SENTIDOS DO NASCER. **A história do nascimento**. Belo Horizonte, maio 2015. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/nascimento/A-historia-do-nascimento.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita, et al. **Violência obstétrica em (dez) foco**: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. 2018.

SILVA, M. G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2014, 15. 4.

SILVA, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & SHIMO, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 15(4), 2014.

SILVA, T.F.; COSTA, G.A.B.; PEREIRA, A.L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm**, 2011, v. 16, n. 1, p. 82-7.

SILVA, L. L. D.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. D. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2007; v. 11, p. 93-103.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.41, no.1. São Paulo: Mar. 2007.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan/abr 2007.

SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção; ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era de globalização. **Bioética**, 2008, v.16, n.1, p. 11-23.

TEIXEIRA, S. J. O fazer da enfermeira quanto ao cateterismo vesical de demora no centro obstétrico. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, out./dez., 2017, v. 15, n. 54, p. 5-12.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 2015, v. 10, n. 35, p. 1-12.

TIGULINI R.S, MELO M.R.A.C. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem: **Anais**. Ribeirão Preto; 2002.Ribeirão Preto: EERP; 2002. p. 1-5.

TIMI J.R.R.; MARQUARDT M.; MERCER P.G. **Parecer sobre taxa de disponibilidade obstétrica**. SOGIPA, Curitiba, 2014.

TORRES, J.A., SANTOS, I., VARGENS, O.M.C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, out-dez 2008, v. 17, n. 4, p. 656-64.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2017, vol. 21, n. 1. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>> Acesso em: 4 out. 2019.

WOLFF, L. R.; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **SciELO Saúde Pública**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 04 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in Normal Birth**: a Practical Guide. Report Of A Technical Working Group. Geneva: WHO, 1996a.

WUNDERLICH, B. L. **Protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 2017, 29.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional Ver Psicanál**, 2005, v. 182, n. 6, p. 86-92.

ANEXO 1. Modelo de Plano de Parto (OMS).

PLANO DE PARTO**INTRODUÇÃO**

O meu nome é _____ A data prevista do parto é _____

O meu médico é _____ O médico do meu filho(a) será _____

As pessoas que me irão apoiar no trabalho de parto serão _____

As seguintes pessoas estarão presentes no parto:

Gostariamos de ter a visita dos nossos outros filhos:

durante o trabalho de parto

depois de ir para o serviço de pós-parto

em nenhum momento

Estamos a frequentar ou pretendemos frequentar:

classes pré-natais

classes para pais

visita ao hospital

visita para irmãos

classes práticas

Estou informada acerca dos seguintes estudos:

Existe algo que gostaria que nós soubéssemos de si (i.e questões importantes, medos, preocupações)?

CONHECÉ-LA UM POUCO...

O seu objectivo é

usar exclusivamente medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio e enfermeira

usar adicionalmente às medidas de apoio e de conforto, fármacos para redução da dor

outras medidas, por favor explique _____

PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO...LIDAR COM AS CONTRACÇÕES

As seguintes medidas foram consideradas úteis para enfrentar o desconforto associado às contracções. Verifique por favor que medidas de conforto gostaria que a enfermeira lhe proporcionasse durante o trabalho de parto:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | banho de imersão/jacuzzi/dache | <input type="checkbox"/> | vestir a minha própria roupa/ camisa de noite |
| <input type="checkbox"/> | caminhar | <input type="checkbox"/> | usar várias almofadas (deverá trazer as suas) |
| <input type="checkbox"/> | compressas quentes/frias | <input type="checkbox"/> | massagem |
| <input type="checkbox"/> | ouvir a minha própria música | <input type="checkbox"/> | levar a epípurul |
| <input type="checkbox"/> | usar a bola de parto | <input type="checkbox"/> | outras |
| <input type="checkbox"/> | usar o meu próprio foco de visualização | | |

O NASCIMENTO DO BEBÉ

A enfermeira irá ajudá-la a encontrar posições diferentes e confortáveis para o período expulsivo.

Quais das seguintes gostaria de experimentar:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | usar a barra para agachar-me |
| <input type="checkbox"/> | fazê-lo sozinha |
| <input type="checkbox"/> | não usar estribos |
| <input type="checkbox"/> | outras _____ |

Depois do bebé nascer, gostaria que:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a cortar o cordão umbilical |
| <input type="checkbox"/> | colocassem o bebé imediatamente sobre mim |
| <input type="checkbox"/> | o bebé fosse envolvido num cobertor antes de lhe pegar |
| <input type="checkbox"/> | fosse colocado um gorro nosso no bebé |
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a pôr a primeira fralda |
| <input type="checkbox"/> | fosse _____ a fotografar/ filmar o parto |
| <input type="checkbox"/> | outras _____ |

ASPECTOS INESPERADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Se precisar de informação adicional sobre os seguintes tópicos, solicite ao seu médico ou parteira:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | monitorização fetal externa | <input type="checkbox"/> | forceps/ventosa |
| <input type="checkbox"/> | monitorização fetal interna | <input type="checkbox"/> | episiotomia |
| <input type="checkbox"/> | ruptura artificial das membranas | <input type="checkbox"/> | cesariana |
| <input type="checkbox"/> | indução do parto | | |

*O serviço de obstetria defende que o melhor para a mãe e bebé é mantê-los juntos 24 horas por dia:
a equipa de enfermagem irá apoiá-la e ajudá-la a tratar do seu bebé no quarto.*

Eu pretendo:

- amamentar
 dar leite artificial

Durante a minha estadia no serviço de puérperas, gostaria de:

- ter sempre o meu bebé comigo
 ser informada dos exames feitos ao bebé
 estar presente caso o meu bebé tenha que fazer algumas análises
 que a enfermeira mostrasse a mim e a _____ como dar o banho ao bebé
 ser eu a dar o primeiro banho
 que fosse _____ a dar o primeiro banho
 outros _____

Quando regressar a casa, terei a ajuda das seguintes pessoas:

Comentários e ideias adicionais:

Quando estiver em casa, gostaria de receber acompanhamento telefónico, por parte do serviço de puérperas. (Mães pela primeira vez por norma recebem sempre um telefonema do serviço nacional de saúde quando regressam a casa):

- sim não ainda não decidi

Data

Assinatura da Mãe

Pai / Acompanhante de Apoio