

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)



POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Secconal Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andreza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Antonio Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e serviços de saúde 3 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-819-9

DOI 10.22533/at.ed.199210102

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A obra “Políticas e Serviços de Saúde” compila 85 trabalhos técnicos e científicos originais produzidos por acadêmicos, docentes e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino no Brasil; os textos – que abrangem diversas metodologias de pesquisa – refletem o caráter plural e multidisciplinar desta temática trazendo ao leitor não só o panorama atual das políticas públicas de saúde, mas também como os aspectos biopsicossociais e ambientais característicos de nosso país permeiam este cenário.

Este E-Book foi dividido em quatro volumes que abordam, cada qual, fatores os intrínsecos ligados à política e serviços no âmbito da saúde no Brasil, respectivamente: “Clínica em Saúde”, que traz majoritariamente revisões e estudos de caso no intuito de fornecer novas possibilidades terapêuticas; “Diversidade Social” que tem como foco as ações práticas da comunidade científica no contexto da atuação profissional em coletividades; “Educação em Saúde”, volume que apresenta, discute e/ou propõe opções inclusivas para o ensino de saúde em ambiente comunitário, hospitalar e escolar; e, por fim, “Epidemiologia & Saúde” que compila estudos, em sua maioria observacionais, com foco na análise da transmissão de doenças comuns no cenário nacional ou ainda investigam novas abordagens para o estudo do tema.

Agradecendo o empenho dos autores na construção dessa obra, explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico das políticas públicas nacionais em saúde e também que possa contribuir para novos estudos.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMIZADOS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Natália Carvalho de Costa
Caroline Marinho de Araújo
Lucenda de Almeida Felipe

DOI 10.22533/at.ed.1992101021

CAPÍTULO 2..... 14

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM CASOS CONFIRMADO OU SUSPEITO DE COVID-19: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO

Maximiana Aparecida dos Reis Fonseca
Valéria Soares da Rocha
Flávia Batista Portugal

DOI 10.22533/at.ed.1992101022

CAPÍTULO 3..... 25

FALHA NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Marjorie Fairuzy Stolarz
Andressa Martins Dias Ferreira
Maria Emília Grassi Busto Miguel
Melissa Ferrari Gomes
Gabriel Pavinati
Lucas Vinícius de Lima
Letícia de Oliveira Piovani
Jhenicy Rubira Dias

DOI 10.22533/at.ed.1992101023

CAPÍTULO 4..... 30

GERENCIAMENTO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Samara Atanielly Rocha
Karoline de Souza Oliveira
Matheus Felipe Pereira Lopes
Kelvyn Mateus Dantas Prates
Hiago Santos Soares Muniz
Warley da Conceição Silva
Gabriel Antônio Ribeiro Martins
Ely Carlos Pereira de Jesus
Janine Teixeira Garcia Pinheiro
Jannayne Lúcia Câmara Dias

DOI 10.22533/at.ed.1992101024

CAPÍTULO 5.....37

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

Fabiana Santini Einloft
Lucidieine Martinuzzo de Araújo
Valéria Maria Limberger Bayer
Edi Franciele Ries

DOI 10.22533/at.ed.1992101025

CAPÍTULO 6.....46

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: OS MANICÔMIOS FORAM SUBSTITUÍDOS. MAS E A LÓGICA MANICOMIAL?

Bárbara Monique Pereira da Silva Leal

DOI 10.22533/at.ed.1992101026

CAPÍTULO 7.....54

MÚSICA: INSTRUMENTO PARA HUMANIZAR O ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Maria Cláudia Mendes Caminha Muniz
Liana Albano Cavalcante
Paula Franco de Almeida
Jamilo Nogueira Paula
Jocélia Maria de Azevedo Bringel
Laurena Gonçalves Lima Costa

DOI 10.22533/at.ed.1992101027

CAPÍTULO 8.....60

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NA GESTÃO COMPARTILHADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

William Caracas Moreira
Myllena Maria Tomaz Caracas
Maryanna Tallyta Silva Barreto
Thaísa Maria de Andrade Gonçalves
Maria Irla de Souza Santana
Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro
Milena Leite Veloso
Hertha Nayara Simão Gonçalves
Maysa Victória Lacerda Cirilo
Laiara de Alencar Oliveira
Ana Kelly da Silva Oliveira
Francisco Florêncio Monteiro Neto

DOI 10.22533/at.ed.1992101028

CAPÍTULO 9.....72

O USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA FORMAÇÃO HUMANA DE PRECEPTORES EM SAÚDE

Eloiza da Silva Gomes de Oliveira
Caio Abitbol Carvalho

Rodrigo Borges Carvalho Perez
Ronaldo Silva Melo
DOI 10.22533/at.ed.1992101029

CAPÍTULO 10..... 83

PARTO HUMANIZADO NO BRASIL

Audrey Ayumi Fugikawa Incott
Maria da Glória Colucci

DOI 10.22533/at.ed.19921010210

CAPÍTULO 11 99

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE FATORES RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Sidiany Mendes Pimentel
Juliana Bastoni da Silva
Raquel Chaves de Macedo
Thalita Araújo do Nascimento
Guiomar Virgínia Vilela Assunção de Toledo Batello
Juliana Maria Barbosa Bertho de Oliveira
Leidiane Ferreira Santos

DOI 10.22533/at.ed.19921010211

CAPÍTULO 12..... 111

A ETNOMEDICINA INDÍGENA NA VISÃO DOS MÉDICOS DE CAMPO GRANDE-MS: RELATOS E DISCUSSÃO SOBRE INTERMEDICALIDADE

José Danilo Santos Lopes
Maria Inesila Montenegro Garcia de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.19921010212

CAPÍTULO 13..... 121

PERCEÇÕES DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA/CE SOBRE A ATUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA SOCIEDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karine de Moura Carlos
Anna Clarice de Lima Nogueira
Marina Layara Sindeaux Benevides
Rute Mattos Dourado Esteves Justa
Alane Nogueira Bezerra
Francisco Thiago Sales Rocha
Lizandra Almeida Viana Rios
Ana Tamara Malaquias Silva
Lívia Carolina Amâncio
Antônia Aurileide Teixeira dos Santos
Cosma Duarte Caxiado
Valdiele Lima Barros

DOI 10.22533/at.ed.19921010213

CAPÍTULO 14..... 128

PERCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR DA CRIANÇA GRANDE QUEIMADA

Jéssica Maia Storer
Dêmely Biason Ferreira
Bruna Decco Marques da Silva
Edrian Maruyama Zani
Amanda Corrêa Rocha Bortoli
Isaque Augusto da Silva Rocha
Letícia Mansano Martins
Danielly Negrão Guassu Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.19921010214

CAPÍTULO 15..... 135

POSSIBILIDADES DE ATENDIMENTO AO ESTRANGEIRO PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO FRONTEIRIÇA DE CORUMBÁ/MS – BRASIL

Talini Rodrigues
Rafael Oliveira Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.19921010215

CAPÍTULO 16..... 151

PRODUÇÃO DE MATERIAIS PARA AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Christiane de Azevedo Machado
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo
Iramara Lima Ribeiro
Thais Silva dos Reis
Maria Eloiza da Silva
Maria Carolina Dantas Campelo
Mariana Pereira de Almeida Santos
Suelen Ferreira de Oliveira
Brenda Nayara Carlos Ferreira
Túlio de Araújo Lucena
Maria Antônia Dantas e Silva Lopes
Mariana Bezerra Teles

DOI 10.22533/at.ed.19921010216

CAPÍTULO 17..... 158

PROMOÇÃO DA HIGIENE DE MÃOS ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA E UM PARALELO COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Renata Prado Bereta Vilela
Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice
Paula Buck de Oliveira Ruiz
Jorge Vilela Filho
Vinicius Bereta
Priscila Buck de Oliveira Ruiz
Jaqueline Lopes Gouveia

Marli de Carvalho Jericó

DOI 10.22533/at.ed.19921010217

CAPÍTULO 18..... 168

**QUALIDADE DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE CAMPANHA:
USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO**

Maria do Carmo Santos Ferreira

Susane de Fátima Ferreira de Castro

Amanda Patrícia Cardoso Soares

Pedrina Maria Nascimento Araújo Costa

Herilane de Sousa Cavalcante

Priscila Martins Mendes

DOI 10.22533/at.ed.19921010218

CAPÍTULO 19..... 173

**RADIOGRAFIAS DE CRÂNIO E SUA RELEVÂNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
UM ENSAIO ICONOGRÁFICO**

Flávia Sprenger

Gabriel Lucca de Oliveira Salvador

Carlos Eduardo Aguiar

Poliana Palma Barbieri

Liana Bilibio Lunelli

Thais Bianco

Cleverson Alex Leitão

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.19921010219

CAPÍTULO 20..... 184

**SEGURANÇA DO PACIENTE: EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DE UMA FERRAMENTA
VIRTUAL PARA O ESTÍMULO DA APRENDIZAGEM**

Tiffany Horta Castro

Nataly Pereira Pontes

Francisca Beatriz de Vasconcelos Oliveira

Débora Rodrigues Guerra Probo

Diva Teixeira de Almeida

Patrice Vale Falcão Gomes

Ricardo Augusto da Silva Probo

DOI 10.22533/at.ed.19921010220

SOBRE O ORGANIZADOR..... 190

ÍNDICE REMISSIVO..... 191

CAPÍTULO 10

PARTO HUMANIZADO NO BRASIL

Data de aceite: 01/02/2021

Data de submissão: 02/12/2020

Audrey Ayumi Fugikawa Incott

Francisco Beltrão, PR
<http://lattes.cnpq.br/2545985005889008>

Maria da Glória Colucci

Curitiba, PR
<http://lattes.cnpq.br/0309177514516483>

RESUMO: Nessa Pesquisa procura-se demonstrar como surgiu a necessidade de um novo tratamento da mulher na hora do parto. Para isso, será abordado um pouco sobre o que de fato acontece no dia a dia médico e por que isso influencia no crescimento da taxa da violência obstétrica. Ainda dentro desse contexto, serão demonstradas quais são as principais causas que trouxeram à tona essa corrente de humanização. Posteriormente, será apresentado e solucionado o real problema dessa corrente, qual seja, como colocar em prática todas essas necessidades. Acima de tudo, o objetivo dessa Pesquisa será não apenas abordar do que se trata o “parto com amor”, mas também de que forma concretizar essa corrente no dia a dia dos hospitais não só do Brasil, mas do mundo.

PALAVRAS- CHAVE: Parto humanizado. Violência obstétrica. Doulas. Parto com amor.

HUMANIZED CHILDBIRTH IN BRAZIL

ABSTRACT: The current Research has as its

goal to demonstrate how the need of a childbirth’s new treatment emerged. To do so, it will be discussed a little bit of what indeed happens on a doctor’s daily routine and its influence in the growth of obstetric violence’s rate. Still in this context, the main causes that highlighted this chain of humanization will be demonstrated. Later, the real problem of this chain, that is, how to put all this needs into practice will be introduced and solved as well. Above all, the goal of this Research will not be to approach only what “birth with love” is about, but also how this chain can be materialized on the hospital’s routine, not only in Brazil, but all over the world.

KEYWORDS: Humanized birth. Obstetric violence. Childbirth. Birth with love.

1 | INTRODUÇÃO

O medo do parto é uma realidade que assombra muitas mulheres brasileiras nos dias atuais. Diversos relatos de atendimentos precários e maus tratos por parte dos profissionais de saúde, decorrentes principalmente da alta carga horária de trabalho a eles atribuída acabam fazendo com que o momento de nascimento de um filho seja visto de forma negativa e traumática pela mulher-mãe.

O parto humanizado é uma corrente que traz para a mulher novamente o seu lugar como protagonista na hora do nascimento de seu filho. Por meio dessa Pesquisa, portanto, será demonstrado primeiramente o contexto em

que surge a necessidade de uma nova visão a respeito do parto. Será possível ver com clareza a influência direta da violência obstétrica para impulsionar esse novo tratamento humanizado.

A fim de demonstrar a grande importância e necessidade do “parto com amor” não só no Brasil, mas no mundo, será apresentada uma série de regras e recomendações formuladas pela Organização Mundial da Saúde (BENATTI, 2011, s.p.). Essas recomendações visam, acima de tudo, alertar não só os médicos, mas principalmente as mulheres, a respeito de quais práticas e procedimentos médicos devem ser realizados na hora do parto, a fim de proporcionar à mulher uma experiência sem intervenções desnecessárias e a consequente maximização do parto humanizado.

No momento final, será abordada a principal questão de toda essa Pesquisa. É fato que há uma necessidade urgente de mudança no que diz respeito ao tratamento dos profissionais da saúde frente às mulheres grávidas. Também, é fato que diversas soluções já existem e dizem respeito à ideia de um tratamento mais atencioso e respeitoso, onde a mulher é a protagonista. Mas de nada adianta inúmeras soluções se não se sabe como concretizá-las. Portanto, frente a todas essas questões, de que forma é possível por em prática a corrente do “parto com amor” nos hospitais do Brasil e, por que não, também nos hospitais pelo mundo?

2 | PARTO HUMANIZADO

A violência obstétrica é um tema que vem se mostrando bastante comum nos últimos tempos. É um problema que assombra grande parte das mulheres. Muitas delas acabam sofrendo esse tipo de violação e só tomam conhecimento muito tempo após o parto, devido à falta de conhecimento sobre quais são de fato seus direitos e qual o limite de uma intervenção médica.

Além disso, nos últimos anos os médicos vêm sendo submetidos a intensas jornadas de trabalho nos hospitais, tendo que atender inúmeros pacientes ao mesmo tempo. De acordo com artigo publicado no *site* “Cadernos de Saúde Pública” pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, do Rio de Janeiro, é necessário atentar para o fato que:

No Brasil, na área da saúde, grandes mudanças atingiram os serviços privados (lucrativos e não lucrativos) e públicos (estatais) que passaram a adotar novas tecnologias e novos modelos de organização do trabalho. O hospital converteu-se no espaço privilegiado para implementação de novos modelos de organização do trabalho. Neste processo, os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. Somem-se a estes aspectos, as especificidades e particularidades do trabalho médico: aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira. (SOBRINHO, 2006, p. 132)

Com toda essa carga de trabalho, fica difícil para o médico dar a total e devida atenção a cada um de seus pacientes.

São problemas que tendem cada vez mais a aumentar o índice de violência à mulher grávida e, diante desse cenário, foi necessária uma mudança de pensamento de todos os envolvidos nesse processo. Daí surge o parto humanizado, que não diz respeito ao parto em si, mas sim na mudança da assistência dos profissionais de saúde. É basicamente um processo de fazer com que a voz da paciente seja realmente ouvida.

A humanização foi um termo atribuído pelo Ministério da Saúde ao “Programa de Pré-Natal e Nascimento”, instituído em 2000, pela Portaria nº 569, a fim de melhorar as condições de atendimento à mulher pelo profissional de saúde (CASTRO, 2005, p. 961).

A Portaria reforça que “[...] o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, período neonatal e puerpério são direitos inalienáveis da cidadania”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Para Rosamaria Carneiro, parto humanizado é entendido como:

[...] aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. (CARNEIRO, 2015, p. 12)

Diante do grande número de violências e intervenções médicas desnecessárias sofridas pelas mulheres, cada vez mais cresce a necessidade de um atendimento sem violências, respeitando os interesses, direitos e necessidades pessoais da mulher, a ideia de um parto com amor. Segundo Alessandra Mabuchi, por meio da assistência médica, o médico deve tentar resgatar o contato humano, ouvir, acolher e explicar, criando um verdadeiro vínculo com a sua paciente (MABUCHI, 2008, p. 421).

Em 1993, foi criada a organização Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA, 1993), com o objetivo de disseminar pelo Brasil as práticas necessárias na assistência ao parto, diminuindo dessa forma as intervenções excessivas e desnecessárias por parte dos profissionais da saúde.

Em um dossiê publicado no *site* do Senado, o parto humanizado é caracterizado como:

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. A obstetria médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade. (CIELLO, 2012, p. 10)

Diante desse panorama, o parto deixa de ser uma situação patológica e passa a ser considerado um acontecimento biológico, tendo a mulher como protagonista (CIELLO, 2012, p. 11). Assim como nos tempos antigos, o parto humanizado devolve à mulher o papel principal, não mais passivo, mas completamente ativo, com liberdade de escolha e de tomada de decisão, de forma a amenizar ao máximo o seu sofrimento.

Entretanto, o parto humanizado acabou trazendo ao âmbito médico certa limitação, pois esse protagonismo da mulher em algumas situações acaba se sobrepondo às indicações médicas.

Alguns dos exemplos dessa situação são o “parto domiciliar” e o “parto na água”, que estão se tornando cada vez mais comuns no Brasil. Segundo Gloria Leifer, esses tipos de parto são contra- indicados em mulheres que possuem gravidez de alto risco e devem estar em um centro hospitalar, com todos os serviços de emergência disponíveis (LEIFER, 2009, s.p.).

É justamente diante dessas situações de risco que se encontram os limites do parto humanizado frente à autoridade médica, vez que os profissionais da saúde são levados a encarar esse desafio de cumprir com as normas da obstetrícia e tentar da melhor forma conciliá-los com os pedidos e preferências de cada paciente, não contrariando o protagonismo da mulher na hora do parto.

Esse protagonismo tão buscado, era algo considerado natural nos partos dos tempos antigos, como será abordado no próximo tópico.

2.1 Contexto histórico

A história da mulher na humanidade é repleta de preconceitos, violência e opressão. Depois de anos de luta, foi apenas nos últimos tempos que a mulher conseguiu ser aceita como parte da sociedade. Mas quando se trata da história da violência obstétrica, essas situações se invertem.

De acordo com Eliane Bio, até o final do século XVII, as mulheres tinham uma participação totalmente ativa na hora do parto (BIO, 2015, p. 40). Todo esse estereótipo de que a mulher existia apenas para reproduzir, trouxe a elas uma total liberdade em relação ao seu corpo, pelo menos na hora de parir.

Para a mulher, o parto era um momento de total autodescoberta e autoafirmação de sua força. Sem a ajuda nem intervenção de nenhum médico, os partos das mulheres dos tempos antigos propiciavam “uma intensa experiência corporal e emocional que as fortalecia”. (BIO, 2015, p. 40) Com a falta de recursos na época, as mulheres podiam escolher a posição do parto, da forma que se sentissem mais confortáveis. A única ajuda que recebiam era de algumas mulheres de família que transferiam suas experiências e orientações às outras (BIO, 2015, p. 40).

Foi então no final do século XVII que o obstetra francês François Mauriceau trouxe para a Medicina o parto em posição ginecológica/horizontal, dando início a uma intensa

melhora no tratamento e conhecimento da mulher no parto (BIO, 2015, p. 41).

Com a evolução da Medicina, passou-se a conhecer cada vez mais sobre como funciona o corpo do ser humano e conseqüentemente sobre os riscos que a mulher corre na hora do trabalho de parto. Cada vez mais as mulheres deixaram suas casas para terem seus filhos no hospital. Diante disso, a ação do médico se fez cada vez mais necessária a fim de proteger a saúde da mulher e de seu filho.

Entretanto, com o passar do tempo, toda essa evolução da ciência chegou a tal ponto que acabou tirando o papel de protagonista da mulher no momento do parto. Diante das inúmeras melhorias que a evolução médica trouxe e de todas as preocupações e cuidados que se viram necessários na hora do parto, a mulher acabou ficando relegada a segundo plano.

Hoje, existe uma enorme dificuldade para a prática de um comportamento independente por parte da mulher na hora do parto, o que acaba colidindo com a resistência de obstetras e obstetrizes para aceitar essa independência (BIO, 2015, p. 42):

As mulheres de hoje são orientadas a permanecer no leito e se movimentam muito pouco; fazem uso precoce da analgesia, que limita a locomoção e a verticalidade; delegam suas escolhas na condução do trabalho de parto a médicos, cujas decisões são tidas como mais seguras - aceitando protocolos preestabelecidos, como o uso da ocitocina para acelerar as contrações e o rompimento artificial da bolsa das águas para tornar a descida do bebê e a dilatação mais rápidas. (BIO, 2015, p. 41)

A liberdade conquistada pelas mulheres de hoje deve ser utilizada em todos os âmbitos de suas vidas, para terem a capacidade de defesa ao se depararem com essas situações de repressão. Ao contrário das “mulheres de ontem”, o conhecimento atual sobre as coisas é muito maior, e deve servir de alicerce no combate a qualquer tipo de comportamento que vise tirar da mulher a sua autonomia perante a sociedade (BIO, 2015, p. 44).

Com todos os inúmeros desafios e situações com as quais os médicos se deparam no dia a dia da obstetrícia, é necessária a disposição de uma equipe de profissionais da saúde totalmente preparada, a fim de amenizar da melhor forma o sofrimento da mulher e de seu filho. Nesse panorama, o papel das “doulas” passa a ser excepcional na marcha para o desenvolvimento e progresso do parto humanizado no Brasil.

Diante dessa longa luta da mulher em busca do respeito aos seus direitos, o próximo capítulo trará uma das maiores conquistas em âmbito internacional quando o assunto é proteção da mulher-mãe: a Declaração emitida pela Organização Mundial da Saúde que traz a capacidade para que a mulher possa se defender de qualquer intervenção e tratamento desnecessário realizado pelo profissional de saúde.

2.2 A organização mundial da saúde frente ao parto humanizado

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma série de regras

e recomendações separando os procedimentos necessários daqueles que devem ser evitados na hora do parto. Dentre os procedimentos úteis que devem ser estimulados, estão:

a) Dos procedimentos que antecedem o parto: O cuidado com a mulher grávida deve começar não somente na hora em que ela entra em trabalho de parto, mas também nos momentos preparatórios para o nascimento de seu filho. Para tanto, o profissional da saúde responsável deve realizar um plano individual juntamente com a mulher, a fim de determinar onde e por quem o nascimento será realizado e sempre respeitando o local escolhido pela paciente. Deve também realizar diversas avaliações do risco gestacional durante o pré-natal e posteriormente repassar todas as informações ao marido/companheiro.

b) Dos procedimentos durante o trabalho de parto: Assim que a mulher entra em trabalho de parto, é imprescindível o respeito ao seu direito de privacidade. O profissional da saúde deve, portanto, respeitar a escolha da mulher e fornecer assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante. Os profissionais de saúde encarregados de realizar o parto devem também respeitar a escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, além de prestar todas as informações e explicações que a mulher desejar.

c) Dos procedimentos técnicos: No trabalho de parto, os profissionais de saúde têm o dever de monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, ou seja, escutar os batimentos cardíacos fetais. Além disso, devem fornecer líquidos por via oral para a mulher durante todo o procedimento, na medida do bom senso. É também recomendado o monitoramento do bem-estar físico da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento. Os profissionais de saúde devem também realizar métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento. A OMS também recomenda que é necessário o estímulo a posições não elevadas durante o trabalho de parto, dando à mulher liberdade de posição e movimento.

d) Do período após o parto: Após o nascimento do feto, os profissionais de saúde devem cortar o cordão umbilical sob condições estéreis, além de prevenir a hipotermia do bebê. Devem também proporcionar o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno. Por fim, devem também realizar exame rotineiro da placenta e membranas ovulares, para evitar complicações no período pós-parto (OMS, 2005).

Por outro lado, existem práticas que não devem ser realizadas de forma rotineira e sim apenas quando a sua ausência venha a acarretar algum risco para a mulher e/ou seu filho na hora do parto. Dentre essas práticas, estão:

a) Dos procedimentos técnicos no momento do parto: É comum nos hospitais o uso rotineiro de enema, ou seja, a introdução de substâncias líquidas ou semilíquidas através do esfíncter anal para fins terapêuticos, de limpeza ou nutritivos, mas segundo

recomendação da OMS, esse procedimento deve ser realizado apenas quando há uma verdadeira necessidade.

Da mesma forma, o uso rotineiro de tricotomia (retirada dos pelos da região da genitália externa) não deve ser realizado. A cateterização venosa (introdução de um cateter, tubo ou sonda, em um vaso sanguíneo, para diagnosticar uma doença ou com finalidade terapêutica) e a infusão intravenosa (ação de infundir, de verter um líquido no interior de uma veia) também não devem ser realizadas de forma rotineira. A realização de pelvimetria por raios-x, exame realizado para medir a pelve da mulher (CHESTNUT, 2016, p. 385), assim como o exame retal, também se enquadram nos procedimentos que devem ser realizados somente em caso de extrema necessidade, e nunca rotineiramente. A administração de ocitocina deve ser realizada apenas quando há a possibilidade de controlar seus efeitos, e não de forma rotineira, como um padrão.

A ocitocina é um hormônio produzido pela mulher que ajuda no início do trabalho de parto. Os laboratórios produzem este hormônio sinteticamente para que seja aplicado na mulher a fim de imitar a contração normal que ocorre no trabalho de parto. Quando essa aplicação é realizada de forma rotineira, somente para acelerar o trabalho de parto e sem que haja uma indicação adequada para evitar um risco maior à parturiente, é configurada a violência obstétrica. De acordo com a OMS, esse hormônio deve ser administrado profilaticamente, no período depois do trabalho de parto, em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.

Não é recomendado o uso rotineiro de posição supina em decúbito dorsal (elevado) durante o trabalho de parto. Da mesma forma, a posição de litotomia (posição ginecológica) com ou sem estribos deve ser realizada apenas quando necessária. Não se deve também exigir da mulher um esforço de puxo prolongado e dirigido (Manobra de Valsava) durante o segundo estágio do trabalho de parto. O uso de comprimidos orais de ergometrina, responsáveis por iniciar uma forte contração uterina para reduzir o sangramento pelo leito placentário, deve ser realizado no terceiro estágio do trabalho de parto, apenas com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias (DALE, 2007, p. 457).

b) Dos procedimentos realizados após o parto: a lavagem e a revisão uterina (exploração manual), só devem ser realizadas quando necessário, e não de forma rotineira (OMS, 2014).

Já mais recentemente, no ano de 2018, a OMS emitiu recomendações para incentivo ao parto humanizado. Essas recomendações também foram divididas de acordo com o momento:

Dos momentos que antedcedem o parto:

a) Dos cuidados respeitosos na maternidade: de acordo com a OMS, para que a mulher tenha uma melhor experiência ao dar à luz a seu filho, antes de tudo é preciso que haja um cuidado no sentido de sempre tentar proteger a dignidade, a privacidade e a

confidencialidade da mulher. A função dos profissionais da saúde deve ser principalmente proteger a sua paciente de qualquer mal que ela possa vir a sofrer, ouvindo-a e explicando os procedimentos da forma mais clara possível. A simples informação pode trazer uma tranquilidade e segurança para a mulher.

A OMS ressalta a importância de que esses cuidados devem existir independentemente do nível do hospital, do valor pago pela paciente, do seu nível de escolaridade ou de renda. Os cuidados respeitosos na maternidade são para todos.

b) Da comunicação efetiva: a comunicação entre os profissionais de saúde e suas pacientes, com o uso de uma linguagem simples e clara é de extrema importância. Os médicos devem se apresentar para a mulher e seu acompanhante, dirigindo-se à mulher pelo seu nome. Devem evitar o uso de jargões médicos e sempre que possível devem aderir a explicações gráficas com imagens simples. Devem sempre responder aos questionamentos, às preferências e necessidades da mulher de forma positiva. Devem se assegurar de que todas as informações foram repassadas para a mulher.

c) Do acompanhamento durante o trabalho de parto: os profissionais da saúde devem sempre proporcionar à mulher a possibilidade de um acompanhante durante o trabalho do parto e também no momento do parto. É importante ressaltar que a OMS considera acompanhante qualquer pessoa que for da escolha da mulher. Assim como deve-se respeitar aquelas pessoas que a paciente não deseja por perto.

d) Dos cuidados durante o primeiro estágio do parto: o primeiro estágio do parto é caracterizado por um momento de contrações uterinas extremamente dolorosas e variáveis mudanças no colo do útero. A OMS assegura que os exames cardiológicos de rotina não devem ser realizados no primeiro estágio de parto e nem durante o parto em grávidas saudáveis submetidas a trabalho de parto espontâneo. Já a ausculta intermitente para ouvir o coração do feto é recomendada durante o primeiro estágio de parto.

e) Dos procedimentos para alívio de dor: Técnicas de massagem e de relaxamento devem ser repassadas para as mulheres em trabalho de parto. Os remédios para anestesia podem ser ministrados caso haja muita dor, porém é obrigatória a explicação de todos os efeitos colaterais que o procedimento pode trazer.

Do momento do parto:

a) Das posições da mulher na hora do parto: Os profissionais da saúde não devem impedir a mulher de escolherem a posição que melhor alivia a sua dor, inclusive as posições verticais. A função do médico deve ser de assegurar o bem estar do feto de acordo com a posição escolhida pela gestante. A OMS também ressalta que os profissionais de saúde devem respeitar o tempo da mulher de empurrar o feto.

b) Do uso da episiotomia: A OMS não recomenda a realização da episiotomia em mulheres que estejam realizando o parto normal. A episiotomia é um procedimento médico que consiste em um corte no orifício vaginal da mulher durante o parto normal, com a finalidade de expandir o canal do parto, facilitando a saída do feto (SANTOS, 2017, p.131).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, esse procedimento é indicado para precaver o sofrimento tanto da mulher quanto do seu filho na hora do parto, e, portanto, deve ser usado de forma profilática (SANTOS, 2017, p. 133).

c) Da pressão manual: A pressão realizada pelo profissional da saúde na barriga da gestante para facilitar o trabalho de parto não é recomendada pela OMS.

Do momento pós-parto:

a) Da ocitocina: A aplicação profilática do hormônio da ocitocina é recomendado para prevenir a hemorragia pós parto.

b) Do corte do cordão umbilical: O corte do cordão umbilical deve ser realizado depois de um minuto do parto para melhorar os resultados de saúde e nutrição materna e infantil.

c) Da massagem uterina: A massagem uterina para prevenir hemorragia pós parto não é recomendada em mulheres que já tenham recebido a ocitocina profilática.

d) Dos cuidados com o recém-nascido: Os recém-nascidos sem problemas de saúde devem ser colocados em contato com a sua mãe durante a primeira hora do pós-parto, para evitar a hipotermia e promover a amamentação.

e) Da amamentação: Tanto os recém-nascidos de peso normal quanto os recém-nascidos abaixo do peso devem ser colocados para a amamentação o quanto antes, assim que a mãe e o bebê estiverem estáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Diante dessas diversas recomendações, é possível constatar que o cuidado à mulher não é uma tarefa fácil e demanda muito profissionalismo por parte do médico e de sua equipe. Nesse contexto, no próximo capítulo será abordado como as leis dos países estão se comportando a fim de regulamentar essa relação mais humanizada do profissional da saúde com a paciente.

2.3 Parto humanizado no direito positivo internacional e brasileiro

Um dos primeiros países a tipificar o parto humanizado foi a Argentina, com uma lei que protege e reforça todos os direitos das mulheres na hora do parto. É a Lei do Parto Humanizado 25.929/2004, e determina que a mulher deve ser a protagonista do parto. Em seu artigo 2º, esta Lei determina todos os direitos que a mulher possui no momento pré-parto, no trabalho de parto e no momento pós-parto (ARGENTINA, 2004). Dentre eles estão:

a) No período pré-natal: Antes da realização do parto, a mulher possui o direito de ser informada a respeito de todas as intervenções médicas que possam vir a ser realizadas. Deve também ser tratada com respeito, individualmente, de forma que o seu direito à privacidade seja sempre preservado.

b) No momento do parto: Os profissionais de saúde devem sempre evitar qualquer procedimento invasivo que não seja extremamente necessário à saúde da mulher e de seu filho. Além disso, têm o dever de informar a mulher a respeito da evolução do parto,

sanando todas as dúvidas que ela venha a ter, respeitando também a sua escolha para acompanhamento na hora do parto.

c) Após o parto: Depois do trabalho de parto a mulher tem o direito de ficar com seu filho durante a permanência no centro de saúde, desde que o recém-nascido não exija cuidados especiais. Os profissionais de saúde devem nesse momento informar a mulher a respeito dos benefícios da amamentação e proporcionar o devido apoio para que a mulher consiga amamentar. Além disso, devem também aconselhar a mulher sobre os cuidados de si mesma e da criança, sendo informada sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e nela mesma (ARGENTINA, 2004).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde emitiu uma declaração demonstrando a sua preocupação em relação à violência contra a mulher na hora do parto. Na declaração chamada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” a OMS declara que:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014)

É notável, portanto, que existe uma preocupação mundial em relação ao parto humanizado, porém apenas a sua tipificação não é suficiente para erradicar os problemas decorrentes da violência obstétrica. É preciso que haja uma conscientização não só por parte das mulheres, mas principalmente por parte dos profissionais de saúde, para que haja uma maior difusão da ideia do parto humanizado e a conseqüente redução da incidência da violência obstétrica.

Da mesma forma, no ordenamento jurídico brasileiro é possível encontrar algumas leis que incentivam e garantem à mulher um tratamento digno por parte do profissional de saúde, desde o período gestacional, até o período pós-parto.

A Lei 9.263 de 1996 em seu artigo 3º, incisos I, II e III, dá ao Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de assegurar à mulher, ao homem ou ao casal, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato (BRASIL, 1996).

No dia 8 de Novembro de 2000, foi promulgada a Lei 10.048/2000 que em seu artigo 1º obriga os hospitais, órgãos e empresas públicas a disponibilizarem prioridade de atendimento às gestantes, lactantes e pessoas com crianças no colo (BRASIL, 2000).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu uma Portaria de extrema importância para a melhoria do tratamento da mulher grávida. No parágrafo Único de seu artigo 1º, o Ministério da Saúde determina que o seu objetivo é:

[...] O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, PORTARIA 569/2000)

Adiante, também elenca todos os direitos da mulher como o “[...] direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério” e o “direito ao acompanhamento pré-natal adequado” (BRASIL, PORTARIA 569/2000).

Em 2005, foi promulgada a Lei 11.108 que assegura à mulher o direito de ter a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Já a Lei 11.634 de 2007, assegura em seu artigo 1º, que toda gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) terá o direito de conhecimento e vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência médica até o período pós - natal (BRASIL, 2007).

No âmbito trabalhista, em 1995 foi promulgada a Lei 9.029 que constitui como crime a exigência de atestados de gravidez para fins de admissão ou de permanência na relação jurídica de trabalho (BRASIL, 1995). Já a Consolidação das Leis do Trabalho possui uma seção exclusiva para a proteção à maternidade. Dos artigos 391 a 400, ela traz uma série de garantias às mulheres grávidas no ambiente de trabalho, como por exemplo, o artigo 392 que dá à empregada gestante o direito de licença- maternidade de 120 dias, sem prejuízo de seu emprego e de seu salário (BRASIL, 1943).

Além das tipificações presentes no ordenamento jurídico brasileiro, existem também alguns projetos de lei aguardando a sua aprovação.

Um deles está tramitando na Câmara dos Deputados, o Projeto de nº 7633/14 do deputado Jean Wyllys, que promete instituir o parto humanizado e combater a violência obstétrica no Brasil. A Lei irá consolidar os direitos das mulheres durante a gravidez, assim como as obrigações dos médicos e profissionais da saúde (BRASIL, 2014).

Em seu artigo 2º, o Projeto de Lei faz menção às Portarias 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que também foram instituídas com a finalidade de proteger e melhorar as condições da mulher na hora do parto (BRASIL, 2011).

O parto humanizado traz a ideia da formação de uma equipe totalmente preparada para proporcionar à mulher um tratamento mais digno e sem intervenções desnecessárias. Essa equipe é formada não apenas pelos médicos, mas também pelas “doulas” e enfermeiras, como será demonstrado no próximo tópico.

2.4 Auxílio das enfermeiras e das “doulas”

No decorrer dessa Pesquisa, foi realizada uma espécie de compilação abordando praticamente todos os tópicos que dizem respeito à humanização do parto. A partir dessa análise é possível ter uma real noção de como se deve agir para que a corrente do parto humanizado ganhe força. Mas a quem cabe diretamente o papel que trará de fato essa

mudança? Por mais que haja uma conscientização mundial sobre a necessidade de uma melhoria no tratamento da mulher na hora do parto, de nada adianta se os próprios profissionais da saúde não aderirem a essa corrente. Dentro desse contexto e diante de todos os desafios que os médicos enfrentam no seu dia a dia hospitalar, entra em cena o papel do profissional de enfermagem e das “doulas” na assistência à mulher, desde os períodos pré-natal até o pós-natal. Com uma distribuição de tarefas, é possível que haja uma maior atenção a cada mulher e uma conseqüente diminuição nos maus tratos e intervenções médicas desnecessárias.

Em relação às suas funções, o profissional de enfermagem atua diretamente durante todo o processo de trabalho de parto da mulher:

[...] atua no pré-natal por meio de consulta de enfermagem e de atividades em grupo, com o objetivo de garantir o bom desenvolvimento das gestações, prevenir riscos e identificar as clientes com maior probabilidade de apresentar intercorrências durante a gestação, promovendo a saúde da parturiente e do neonato através do diagnóstico e cuidados de enfermagem. (MARQUE, 2006, p. 441)

Durante o trabalho de parto, o profissional de enfermagem também é encarregado de assistir à mulher, acompanhando a evolução do parto e repassando todas as informações necessárias à paciente, passando segurança e acalmando-a. No momento do nascimento, o profissional de enfermagem vai receber o recém-nascido envolvendo-o em um campo aquecido e colocando-o no colo da mãe (MARQUE, 2006, p. 441). Já no período pós-natal, o profissional de enfermagem terá a função de auxiliar a mulher psicológica e fisicamente, ajudando-a a enfrentar todos os problemas que podem vir a ocorrer como conseqüência do parto (MARQUE, 2006, p. 442).

Ao longo de todo esse processo, o profissional de enfermagem deve tentar ao máximo respeitar as necessidades da mulher e de seus familiares, traçando um vínculo com todos os envolvidos, reconhecendo o momento do parto como um momento único, natural e principalmente, da mulher (MARQUE, 2006, p. 442). Segundo um artigo publicado pela Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, a assistência da enfermeira obstetra no trabalho de parto pode reduzir significativamente o número de intervenções desnecessárias à mulher, vez que acompanhou de perto todos os acontecimentos e necessidades da paciente desde o período pré-natal (SILVA, 2014, p. 722).

Juntamente com as enfermeiras, atuam também as “doulas”, que possuem um papel indispensável quando o assunto é parto humanizado. A palavra “doula” somente passou a ser reconhecida nos últimos anos, mas desde a antiguidade, as gestantes recebiam apoio e companhia de outras mulheres na hora do parto (FADYNHA, 2003, p. 09).

É uma palavra usada para definir as mulheres “[...] treinadas e com experiência em nascimentos, que proveem suporte físico, emocional e informacional à mulher e sua família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto”. (FADYNHA, 2003, p. 09) Além de diminuir

significativamente o número de intervenções cesarianas:

[...] a presença de uma doula é bastante apropriada, visto que ela oferece suporte físico e emocional à parturiente, transmitindo confiança, segurança e suporte afetivo, físico e emocional. Ao longo do trabalho de parto, essa profissional ajuda a gestante a encontrar as melhores posições, sugere métodos para aliviar as dores, entre eles banhos e massagens, e ainda auxilia e orienta o acompanhante. (CIELLO, 2012, p. 147)

O papel das doulas é menos técnico do que das enfermeiras. O suporte psicológico dado através de massagens para aliviar a dor, a ajuda na realização de exercícios para facilitar o parto e gestos como simplesmente segurar a mão da gestante são de extrema importância para a diminuição do sofrimento na hora do parto (FADYNHA, 2003, p. 21). Após o momento do parto, as doulas também podem auxiliar a mãe a dar o primeiro banho em seu filho, vestir a primeira roupa, auxiliando e dando todo o suporte necessário (FADYNHA, 2003, p. 43).

A fim de melhorar a qualidade da assistência médica, em fevereiro de 2014, na cidade de Blumenau/SC foi promulgada a Lei Municipal nº 7946/2014 que obriga as “[...] maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, das redes pública e privada, a permitirem a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, sempre que solicitada pela parturiente”. (BRASIL, 2014)

Diante desse compromisso com a disseminação do parto humanizado, os médicos, as enfermeiras e as doulas, portanto, fazem parte de uma equipe preparada para viabilizar à gestante uma assistência totalmente digna, reforçando o fato de que o parto é um momento que pertence à mulher, de forma que todos ao seu redor devem trabalhar para que as suas necessidades e escolhas sejam respeitadas e executadas, sem nenhuma violação a qualquer um de seus direitos.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização dessa Pesquisa, inicialmente foi possível encontrar o contexto histórico em que emerge a necessidade do parto humanizado. Concluiu-se, portanto, que a difusão da violência obstétrica teve significativa importância para que as pessoas tomassem conhecimento de sua existência e a conseqüente conscientização de que algo precisava ser feito a esse respeito.

Foi possível perceber que quando o assunto é mulher e parto, não há o que se falar em simplicidade. A história da mulher na sociedade mostra que a sua luta não é de ontem. Toda essa minimização, esse preconceito em relação à mulher desde os primórdios da humanidade, ajudou, de alguma forma, a afastá-la de qualquer papel de protagonista, em qualquer âmbito social. Que dirá na hora de dar à luz a seu filho.

Portanto, a visão do parto como uma fase de vulnerabilidade e enfraquecimento da mulher deve ser afastada, pois na verdade não representa nada menos do que um

momento de total autodescoberta e autoafirmação de sua força, uma experiência intensa de fortalecimento.

É preciso que haja uma difusão do direito ao parto humanizado, a fim de conscientizar também as mulheres, mas principalmente os profissionais de saúde. A sociedade em geral deve trabalhar para que se possa devolver à mulher a ideia de que o parto é um momento dela e de seu filho e que os profissionais de saúde ao seu redor têm a função não só apenas de realizar o parto, mas também de contribuir ao máximo para atender a todas as necessidades da única pessoa que pode e deve ser a protagonista na hora do parto: a mulher.

Ante o exposto, cumpre elencar algumas indagações necessárias à compreensão do parto humanizado diante do contexto sociopolítico e econômico brasileiro para ulteriores pesquisas: Está clara a necessidade de um papel ativo da mulher na hora do parto, mas até que ponto o protagonismo da mulher deve prevalecer? Qual é o limite entre a intervenção médica e o protagonismo da mulher? Como o médico deve proceder quando a decisão da mulher pode vir a prejudicar a sua saúde ou a saúde de seu filho?

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. **Lei 25.929 de 17 de Setembro de 2004**. Disponível em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>>.

BENATTI, Luciana. **Parto com amor** – Em casa, com parteira, na água, no hospital: Histórias de nove mulheres que vivenciaram o parto humanizado. São Paulo: Panda Books, 2011.

BIO, Eliane. **O corpo no trabalho de parto**. São Paulo: Summus, 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de Maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>.

BRASIL. **Lei nº 7.946, de 06 de Fevereiro de 2014**. Dispõe Sobre A Presença De “Doulas” Durante O Parto, Nas Maternidades Situadas No Município De Blumenau. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/blumenau/lei-ordinaria/2014/795/7946/lei-ordinaria-n-7946-2014-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-parto-nas-maternidades-situadas-no-municipio-de-blumenau>>.

BRASIL. **Lei nº 9.029 de 13 de Abril de 1995**. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9029.HTM>.

BRASIL. **Lei nº 9.263 de Janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>.

BRASIL. **Lei nº 10.048 de 08 de Novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10048.htm>.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de Abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1º de Julho de 2000**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Institui No Âmbito Do Sistema Único De Saúde - SUS - A Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.663 de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. Criança. Mulher e saúde Collection.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Revista Latino- Americana de Enfermagem. Vol. 13, n. 6, Nov - Dez 2005.

CHESTNUT, David H. **Anestesia Obstétrica**: Princípios e prática. Trad. Gabriella Mendes et al. 5 ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

CIELLO, Cariny, et. al. **Violência Obstétrica**: Parirás com dor, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

DALE, Maureen et al. **Rang and Dale's Pharmacology**. Trad. Raimundo Rodrigues Santos et al. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

DICIONÁRIO MÉDICO. 2014. Disponível em: <<http://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/>>.

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo, físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground, 2003.

LEIFER, Gloria. **Enfermagem Obstétrica**. 11 ed. ELSEVIER: Amsterdã, 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=D4oeDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=enfermagem+obst%C3%A9trica&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiWtLKJ7KXZAhVDOZAKHWWBBHQ6AEINTAC#v=onepage&q=enfermagem%20obst%C3%A9trica&f=false>>.

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria. **O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, vol. 21, n. 3, 2008.

MARQUE, Flavia Carvalho, et. al. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** Revista de Enfermagem. Escola Anna Nery. Vol.10, n.3, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** 2014. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>.

REHUNA - **Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento.** 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SILVA, Michelle Gonçalves da, et. al. **Violência obstétrica na visão das enfermeiras obstetras.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Volume15, n. 4, jul-ago, 2014.

SANTOS, Arielly Duarte Rabelo, et. al. **Episiotomia: a dor de um parto.** Cadernos de graduação Ciências Biológicas e da Saúde. Aracaju, vol. 4 n.1, Março, 2017.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento et. al. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.22 n.1, jan, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Fevereiro de 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=5FA86C591651CF3889E2832A5DF34AB7?sequence=1>>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agente comunitário de saúde 135, 136, 137, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150

Atenção básica 5, 10, 13, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 76, 111, 114, 115, 118, 119, 136, 137, 139, 140, 143, 146, 147, 148, 149, 152, 156

Atenção primária 11, 13, 68, 118, 121, 122, 123, 126, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 188

Atendimento pré-hospitalar 128, 131

Atentado ao pudor 1, 4

C

Comunicação 14, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 58, 72, 74, 75, 80, 81, 90, 101, 105, 107, 115, 123, 126, 132, 135, 137, 146, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 165, 185, 186

Conselho municipal de saúde 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Coronavírus 15, 19, 23, 24, 171

Covid-19 14, 15, 19, 23, 24, 152, 156

Criança 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 55, 92, 97, 101, 107, 109, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 152, 156, 177

Cuidados de enfermagem 1, 3, 4, 55, 94

E

Educação em saúde 10, 26, 28, 37, 39, 40, 43, 44, 72, 73, 76, 132, 137, 151, 152, 153, 154, 157, 184

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 36, 44, 52, 55, 58, 71, 94, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 129, 131, 133, 134, 137, 149, 151, 157, 158, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 184, 185, 186, 187, 188, 189

Equipe de enfermagem 3, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 22, 23, 33, 36, 98, 129, 131, 133, 134, 169

Etnomedicina 111, 112, 114, 116, 117, 118

G

Gestante 90, 91, 93, 95, 97

Gestão compartilhada 60

Gestão hospitalar 31

H

Higiene 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166

Hipertensão arterial sistêmica 37, 38, 39, 43, 44, 117

Hospital de campanha 168, 170, 172

Hospital pediátrico 99

Hospital universitário 14, 16, 25, 27, 81, 173, 175

I

Intermedicalidade 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119

M

Manicômio 50, 51

Medicina 36, 59, 86, 87, 111, 112, 113, 117, 119, 120, 125, 127, 134, 137, 151, 158, 159, 161, 165

Música 54, 56, 57, 58, 59

N

Neonatologia 54, 56, 57

P

Pandemia 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 168, 169

Parto humanizado 83, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

Preceptores 72, 74, 76, 77, 81

Profissionais de saúde 25, 27, 30, 32, 46, 50, 83, 85, 88, 90, 91, 92, 96, 116, 135, 137, 142, 143, 161, 162, 166, 188

Programa nacional de segurança do paciente 29, 101, 104, 105, 108, 158, 160, 165, 166

Q

Qualidade do atendimento 76

R

Radiografia de crânio 174, 182

Reforma psiquiátrica 46, 47, 48, 51, 52, 53

S

SARS-COV-2 23

Saúde da família 5, 9, 38, 40, 43, 44, 50, 52, 70, 109, 127, 136, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 147, 148, 149, 150, 157, 189

Saúde mental 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 98

Segurança do atendimento 30

Segurança do paciente 14, 15, 17, 20, 25, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 77, 78, 100, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 158, 159, 160, 161, 162, 165, 166, 167, 169, 172, 184, 185,

186, 187, 188, 189

Sistema único de saúde 38, 51, 53, 60, 61, 62, 64, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 92, 93, 97, 119, 121, 122, 123, 127, 135, 136, 140, 148, 149, 152, 154

T

Tecnologias da informação 72, 74

U

Unidade de terapia intensiva neonatal 54, 56, 188

V

Violência sexual 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3

www.atenaeditora.com.br 
contato@atenaeditora.com.br 
[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 
www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3

www.atenaeditora.com.br 
contato@atenaeditora.com.br 
[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 
www.facebook.com/atenaeditora.com.br 