

Fundamentos da Enfermagem

**Michelle Thais Migoto
(Organizadora)**

Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos da enfermagem [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-114-5

DOI 10.22533/at.ed.145221202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra *Fundamentos de Enfermagem*, publicação da Editora Atena, foi organizado em três volumes com o objetivo de trazer estratégias que implementem a qualidade da assistência à saúde, sobretudo da atuação da Enfermagem.

No volume 1, será apresentado 28 capítulos que discorrem sobre pesquisas relativas à temática de saúde materna e infantil. Ela envolve assuntos sobre a promoção e manutenção do bem-estar físico e social das mulheres que perpassam o período gestacional. Inclui o período pré-natal, a assistência ao parto humanizado, ao recém-nascido e a lactentes.

Em relação ao atendimento pré-natal a obra busca refletir sobre a importância da educação em saúde as gestantes, ações para as práticas alimentares e o cuidado à mulher. Destaca como assuntos importantes as situações de alto risco, como a hipertensão arterial durante a gestação, condição importante e prevalente as mulheres na atualidade.

Reforça as estratégias que qualificam o pré-natal, implementando a qualidade da assistência, e assim favorecer a chegada de um parto saudável, com destaque para as práticas humanizadas como a consulta pré-parto, o parto domiciliar, as estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e a evitabilidade do trauma perineal.

Todavia, estas condições refletem sobre a situação de saúde do recém-nascido, que pode evoluir para condições normais de adaptação extra-uterina, como também as condições de risco e adoecimento que o levam a necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

E ainda, para favorecer a qualidade de vida de recém-nascidos, a promoção ao aleitamento materno deve ser fortemente incentivada tanto a mães de recém-nascido nascidos a termo, como sobretudo os prematuros. Destaca-se além do incentivo, a estrutura para o aleitamento materno de prematuros que necessita da adaptação de instituição pelo funcionamento dos bancos de leite. Ainda neste volume uma breve reflexão em torno de assuntos como o aborto, o luto e as emergências.

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIREITOS DAS GESTANTES COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO FEMININO	
Julia Souza Da Silva Jane Baptista Quitete Thamara Canto Reis Alex Peixoto Julianne De Lima Sales	
DOI 10.22533/at.ed.1452212021	
CAPÍTULO 2	6
PRÁTICAS ALIMENTARES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ETNOENFERMAGEM	
Aline Amorim da Silveira Everton Ferreira Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212022	
CAPÍTULO 3	16
ALIMENTOS GRAVÍDICOS: CUSTEIO DO PRÉ NATAL DA GESTANTE POR VIA JUDICIAL A LUZ DA LEI 11.804/2008	
Gabriel Barbosa Ramos Iara Barbosa Ramos Pamella Aline Miranda Teodoro Claudio Francisco Bernardinis Junior Diane Xavier dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212023	
CAPÍTULO 4	27
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO A MULHER QUE VIVE UM PROCESSO REPRODUTIVO DE ALTO RISCO	
Edilene Gianelli Lopes Renata Cristina Teixeira Rosa Lúcia Rocha Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212024	
CAPÍTULO 5	41
A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO PODE INDUZIR HIPERTENSÃO NA PROLE?	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212025	
CAPÍTULO 6	50
SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): FATORES DE RISCO DURANTE O CICLO GRAVÍTICO PUERPERAL	
Lizandra Leal De Sousa Jessica Karine Baginski Danielly Souza Simão Larissa Inajosa De Moraes Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.1452212026	

CAPÍTULO 7	56
A REDUÇÃO DA SÍNTESE DE ÓXIDO NÍTRICO DURANTE GESTAÇÃO PREJUDICA A MICROVASCULATURA CARDÍACA NEONATAL	
Sonia Regina Jurado	
Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212027	
CAPÍTULO 8	68
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTUDO DE CASO	
Cristiane de Paula Lucio	
Mirane Morais	
Thamara de Souza Campos Assis	
DOI 10.22533/at.ed.1452212028	
CAPÍTULO 9	76
IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE 37ª SEMANAS DE GESTAÇÃO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA	
Stella Maris Baron Beggi Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212029	
CAPÍTULO 10	89
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O DESFECHO DO PARTO SAUDÁVEL	
Gracimary Alves Teixeira	
Alessandra Vasconcelos de Sena	
Pamela Cândido de Moraes	
Tassia Regine de Moraes Alves	
Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.14522120210	
CAPÍTULO 11	99
PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	
Ludimila Brum Campos	
Anna Maria de Oliveira Salimena	
Thais Vasconcelos Amorim	
Zuleyce Maria Lessa Pacheco	
Valdecyr Herdy Alves	
Ívis Emília de Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.14522120211	
CAPÍTULO 12	111
RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”	
Claudia Conceição Coelho do Nascimento	
Bianca Gomes da Silva	
Marcia Villela Bittencourt	
Catia Regina Di’matteu Paulo	
Claudia Lima Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120212	

CAPÍTULO 13 122

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO

Marjorie Max Elago
Luana de Oliveira Silva
Suelen Garcia
Viviane Lourenço

DOI 10.22533/at.ed.14522120213

CAPÍTULO 14 136

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

Marcella Leal Crispim de Carvalho
Lacita Menezes Skalinski

DOI 10.22533/at.ed.14522120214

CAPÍTULO 15 152

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO VIVIDO

Michelle Araújo Moreira
Thaís Lima Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.14522120215

CAPÍTULO 16 167

TRAUMA PERINEAL ASSOCIADO AO PESO DO RECÉM-NASCIDO E POSIÇÃO MATERNA NO PARTO

Márcia Juliana Mello da Silva
Maria Cristina Gabrielloni
Flavia Westphal
Patrícia de Souza Melo
Márcia Massumi Okada
Mariana Mafra Sarmento Santos

DOI 10.22533/at.ed.14522120216

CAPÍTULO 17 181

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS/RJ

Julianne de Lima Sales
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Daniela Pereira Martins
Jane Baptista Quitete

DOI 10.22533/at.ed.14522120217

CAPÍTULO 18 188

HIPERBILIRRUBINEMIA NO NEONATAL: TRATAMENTO COM FOTOTERAPIA

Lizandra Leal De Sousa
Jessica Karine Baginski
Danielly Souza Simão
Larissa Inajosa De Moraes
Alessandra Inajosa Lobato

DOI 10.22533/at.ed.14522120218

CAPÍTULO 19 193

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM NEONATO COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E SUA FAMÍLIA INTERNADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Nataly Mesquita Cardoso
Marisa Rufino Ferreira Luizari
Renata Teles da Silva
Luciane Figueiredo Mendes

DOI 10.22533/at.ed.14522120219

CAPÍTULO 20 204

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO PARA NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleciana Bezerra de Sá
Gabriele da Silva Santos
Itayanne Santos de Jesus
Samilla Leal do Nascimento
Suelen Nunes Valverde
Rosália Teixeira Luz

DOI 10.22533/at.ed.14522120220

CAPÍTULO 21 214

A YOGA COMO RECURSO TERAPÊUTICO JUNTO AO APOIO À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Clara Viana de Aguiar
Valdecyr Herdy Alves
Maria Bertilla Lutterabch Riker
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Felipe de Castro Felicio

DOI 10.22533/at.ed.14522120221

CAPÍTULO 22 229

ORIENTAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS COM BEBES INTERNADOS EM UTI'S

Cristiane França de Oliveira
Adriana da Mata Silva Macário
Bertha Lúcia Costa Borges da Silva
Glauce Sueline de Siqueira
Felipe César Veloso de Oliveira
Ivonete Moreira Afonso Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.14522120222

CAPÍTULO 23 244

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO

Eliza Cristina Macedo
Juliana Oliveira Diogo Cardoso
Karinne Antunes Cardoso Cicero
Luana Pacheco De Moraes Barbosa Leite.
Leila Rangel da Silva
Inês Maria Meneses dos Santos
Melina Nascimento Silveira
Maria Natália Ramos

DOI 10.22533/at.ed.14522120223

CAPÍTULO 24	249
PERFIL DA AMAMENTAÇÃO EM LACTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO	
Francieli Carniel Isabele Ferreira Lisboa Jaqueline dos Reis Vaz	
DOI 10.22533/at.ed.14522120224	
CAPÍTULO 25	262
LUTO MATERNO – BASES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
Jannyne Dos Santos Zuzarte Jaci Santos Galo Inês Maria Meneses Dos Santos Danielle Alves Mendonça Coutinho Suzielly Ramos Barbosa Lima Xavier Camila Muniz Frossard	
DOI 10.22533/at.ed.14522120225	
CAPÍTULO 26	264
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	
Ana Laura Biral Cortes Andreia Pereira Escudeiro Jaci Santos Galo Zenith Rosa Silvino Priscila da SilvaLopes Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120226	
CAPÍTULO 27	274
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTAMENTO LEGAL NURSING PROFESSIONAL PERCEPTION BEYOND LEGAL ABORTION	
Emília Cervino Nogueira Aline Carla da Rocha Souza Danielly de Sousa Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.14522120227	
CAPÍTULO 28	289
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE NA AMAZÔNIA: CUIDADOS SUSTENTADOS PELA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE	
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Ingrid Souza Reis Santos Raissa dos Santos Flexa Larissa Duarte Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120228	
SOBRE A ORGANIZADORA	296

RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”

Claudia Conceição Coelho do Nascimento

cccn67@gmail.com

Bianca Gomes da Silva

enfbianca@gmail.com

Marcia Villela Bittencourt

mavibi@uol.com.br

Catia Regina Di’matteu Paulo

catiadimatteu@hotmail.com

Claudia Lima Oliveira

claudiaoliveira@outlook.com

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado, humanização na assistência, educação em enfermagem

INTRODUÇÃO

O processo de humanização do parto e nascimento iniciou-se na década de 50 com os movimentos feministas na Europa questionando os direitos reprodutivos e sexuais (HOWARD & STRAÜS, 1955; DINIS, 2005).

Em 1985 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Conferência essa que foi um marco na defesa dos direitos das mulheres com a carta de Fortaleza (WHO, 1985).

Em 1996 a OMS utilizando uma síntese de vários artigos publicados desde a década de 50; e lança as recomendações da OMS para o parto e nascimento.

Essas recomendações foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2000, sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, que propõe a troca do modelo médico medicalizado, instrumentalizado, autocrático, hegemônico, para um modelo humanizado, baseado em evidências.

O resgate do feminismo no cenário do parto transformando essa mulher na protagonista desse evento fisiológico.

Nesse contexto uma das estratégias do MS, foi à inserção da Enfermagem Obstétrica no cenário de parturição. Tal estratégia exigiu investimento de recursos no serviço público para capacitação dos profissionais Enfermeiros atuantes na assistência a mulher neste momento. Inicialmente essa capacitação foi feita no modelo de habilitação e especialização lato sensu e posteriormente como especialização na modalidade de residência em Enfermagem Obstétrica.

Durante a atuação desses profissionais na assistência obstétrica sentimos dificuldade em estabelecer uma mudança de paradigma no atendimento da mulher durante o ciclo gravídico

puerperal pela equipe multiprofissional de saúde.

Segundo Farias (pg 11, 2010):

“Humanizar a assistência implica, primeiramente, em humanizar os profissionais de saúde e para isso os cursos, palestras não adiantam, tem que ocorrer mudanças de atitude na filosofia de vida, na percepção de si e de seus semelhantes como seres humanos, em que a informação, a decisão e a responsabilidade deverão ser compartilhadas entre o cliente e o profissional de saúde.”

Em decorrência da incorporação de novas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto, sentimos a necessidade de sensibilizar a equipe de enfermagem, ratificando e sedimentando as boas práticas de atenção à mulher no ciclo gravídico/ puerperal, e na acolhida ao seu acompanhante,

Esse momento considerado de intensas emoções e controvertidos sentimentos vividos pelas mulheres e familiares, devido a mitos e mistérios do imaginário popular, a acolhida dos profissionais pode modificar ou suavizar esse cenário de forma positiva, de acordo com a abordagem, proporcionando com isso a melhoria da qualidade da assistência.

Estimular mudanças na prática clínica da enfermagem divulgando condutas e procedimentos de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo um ambiente saudável respeitando o processo fisiológico de parir, podemos reduzir os abalos ou traumas psicológicos no trabalho de parto e no nascimento.

Objetivando atender a essa necessidade no cenário descrito uma residente de Enfermagem obstétrica, em conjunto com a preceptoria, desenvolveu uma proposta estratégica de sensibilização da equipe de enfermagem, para atenção humanizada na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

EIXO TEMÁTICO

1 - Humanização da assistência ao parto e sua inserção no Município do Rio de Janeiro

O significado de humanizar segundo Aurélio é “humanar; inspirar humanidade a; adoçar; suavizar; civilizar, tornar-se humano; compadecer-se”

A humanização da assistência ao parto compreende resumidamente dois aspectos importantes. O primeiro estabelecer uma relação empática entre a clientela assistida e os profissionais de saúde, criando um ambiente acolhedor e reconfortante; o outro envolve adoção de boas práticas no acompanhamento do trabalho de parto e nascimento.

Para cumprir o compromisso assumido na Primeira Conferência Intermunicipal de Proteção ao Parto e Nascimento, em setembro de 1997, as instituições municipalizadas do estado do Rio de Janeiro, receberam investimentos em reformas, equipamentos e recursos humanos, e, no ano de 1998 houve o lançamento do

Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente, em determinada área programática da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O projeto previa a inserção de enfermeiras nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro.

A assistência prestada pela enfermagem obstétrica, veio atender o novo modelo proposto pela OMS e Ministério da Saúde (MS), pois o modelo utilizado até então, vinha sendo criticado por gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Desta forma esses profissionais implementaram as boas práticas de assistência ao parto, valorizando a mulher, numa relação de corresponsabilidade na construção desse processo de parturição.

Baston e Hall, 2010 cita:

“No Brasil, as recomendações para a Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento encontram-se em uma série de documentos de entidades governamentais (Ministério da Saúde) e não governamentais (Rede de Humanização do Parto e Nascimento – Rehuna, entre outros).”

2 - Boas práticas de assistência ao parto normal

O movimento feminista e o cenário apresentado exigiam discussão e medidas concretas. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou pesquisas em todo o mundo que resultaram em importantes evidências científicas, dando origem a uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal. No ano de 1996 é então publicado o documento Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento orientando os profissionais quanto ao que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.

O objetivo do Cuidar no parto normal, na perspectiva do cuidador, consiste em alcançar uma situação de saúde materna e infantil com a menor intervenção possível compatível simultaneamente com a segurança de todos os intervenientes (WHO, 1996).

As boas práticas visam respeitar o processo fisiológico, a participação ativa da parturiente baseada em informações, e a extinção de procedimentos rotineiros dispensáveis, bem como evitar um excesso de intervenções clínicas, que não raro, trazem resultados negativos.

Esse documento estava dividido em quatro categorias, diante de tudo que foi analisado nas práticas pelo mundo, levando em consideração os melhores resultados. Na primeira categoria foram apresentadas práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas tais como classificação de risco gestacional, confecção de plano de parto, presença de acompanhante, oferta de líquidos por via oral, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, administração profilática de Ocitocina no terceiro estágio, contato pele a pele entre mãe e filho precoce e início da amamentação ainda na primeira hora, dentre outras.

A segunda categoria tratou das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes

e que devem ser eliminadas como o uso rotineiro de enema, tricotomia, acesso e hidratação venosa, uso indiscriminado de ocitócitos, uso de posições de litotomia ou decúbito dorsal, puxo dirigido, Manobra de Vasalva, ergometrina no terceiro estágio, foram as principais. A terceira categoria tratava de práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Essas evidências falam do uso de tecnologias não farmacológicas ainda não comprovadas cientificamente tais como uso de ervas, estimulação dos nervos, aromaterapia. A amniotomia precoce de rotina, proteção perineal, pressão no fundo do útero, clampeamento precoce do cordão, o uso rotineiro de Ocitocina no terceiro estágio e tração controlada do cordão também devem ser avaliados criteriosamente.

A última categoria tratou de práticas frequentemente usadas de modo inadequado como restrição hídrica e alimentar, analgesia peridural ou com agentes sistêmicos, monitoramento fetal eletrônico, exame vaginal repetido frequentemente, cateterismo vesical, puxo dirigido, episiotomia, parto operatório, dentre outros.

A introdução do acompanhante no cenário do parto representa para a mulher um agente tranquilizador, visando quebrar a tríade, medo tensão e dor, resguardando sua segurança emocional com alguém de sua escolha e confiança.

Para garantir a presença desse acompanhante foi aprovada a lei federal nº11108 de abril de 2005, que:

"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."

Essa lei obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhamento do trabalho de parto e parto sem intervenção, não exclui, a necessidade de avaliação do bem estar materno e fetal; através do monitoramento deste processo com a utilização do partograma, segundo orientações da OMS/MS; para uma avaliação criteriosa dos riscos e intervenção segundo evidência, quando necessário.

Durante esse acompanhamento, é devido proporcionar um ambiente favorável, privativo, tranquilo, com controle de luz, temperatura e ruídos, possibilitando a livre movimentação da mulher, em adoção de posições de sua escolha, prover hidratação e alimentação leve, ofertar métodos não farmacológicos para alívio da dor e tecnologias não invasivas para auxiliar na parturição, abreviar o trabalho de parto e corrigir possíveis distorcias que possam ocorrer durante esse período.

Logo após o nascimento propiciar um momento íntimo e familiar, conduzindo o bebê ao ventre materno, para um contato pele a pele, promovendo a instituição um vínculo mãe/bebê, facilitando reduzir a hipotermia e a adaptação na sua transição no espaço intra para o extra uterino; sendo também, uma maneira inicial de promover o

aleitamento materno;

3 - Violência Obstétrica

Nos últimos anos, a violência obstétrica ganhou visibilidade em decorrência dos inúmeros estudos acadêmicos, processos propostos no Judiciário, atuações de ativistas que corroboraram para que um novo conjunto de intervenções de saúde pública fosse colocado em prática.

Segundo OMS (2015):

“A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas a integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais que são atendidas, bem com o desrespeito a sua autonomia.”

Definida como violência cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica e até sexual. Infelizmente é mais comum do que se imagina.

Algumas atitudes como: impedir que a mulher tenha um acompanhante, condicionara presença do mesmo a “ autorização do médico”, não oferecer opções para o alívio da dor, impedir que a mulher se movimente, beba água ou se alimente, entre outros comportamentos pode gerar responsabilidade administrativa, civil e penal para os profissionais. (ABENFO, 2015)

A lei nº 4173/17 assegura medidas de informação a gestantes e parturientes contra a violência obstétrica.

De acordo com a lei atos que ofendam de forma verbal ou física as mulheres gestantes ou parturientes, antes, durante ou após o parto são considerados violência obstétrica. Frases pejorativas, discriminatórias, agressão física, sexual, humilhações, procedimentos médicos não consentidos, recusa de internação, graves violações de privacidade, classificam esse ato tão vil contra as mulheres.

No que diz respeito a fiscalização, a lei estabelece que deverá ser realizada pelos órgãos públicos, sendo responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações as normas nelas contidas.

Com a chegada do mundo moderno. O parto deixou de ser um assunto de mulheres e um momento de empoderamento feminino para inúmeras vezes se transformar num ato cirúrgico, frio, estéril, tendo como figura principal o médico, que com sua influência devido a sua figura de detentor do saber que permeia o inconsciente coletivo, faz com que as mulheres acreditem que sem sua ajuda são incapazes de protagonizar seu momento.

No documentário “ O renascimento do parto “ de Eduardo Chauvet esse protagonismo encontra-se durante todo processo, a humanização se faz presente. Quanto mais empoderada de saber estiver a mulher, menos chances terá de sofrer com a violência obstétrica. Lançar mão do código civil, códigos de ética, orientações do Ministério da Saúde, poder utilizar-se de projetos governamentais como a Rede Cegonha por exemplo, lhe darão acesso a informação e permitir que possa questionar

e solicitar informações, além de garantir sua integridade física e emocional.

Ter direito a um parto digno, coberto de toda atenção multiprofissional que a mulher necessita, é um direito de cidadania. Protagonizar, viver com seu acompanhante esse momento tão ímpar na vida de um ser humano, deveria ser natural. Somente através do conhecimento das leis, do empoderamento através do saber, transformará esse assunto violência obstétrica obsoleto e com o passar dos anos poderemos enfim parir com dignidade e respeito.

4 - Mitos e medo do trabalho de parto

O parto se apresenta como um fenômeno natural e fisiológico, podendo ser parte do ciclo vital de uma mulher. Um momento único para o binômio (mulher e criança), por envolver aspectos além dos biológicos, como os culturais e sociais tornando-o um fenômeno complexo. (OSÓRIO; SILVA; NICOLAU, 2014). Muito do comportamento que a mulher expressa no seu processo de parturição, assim como sua percepção sobre o trabalho de parto, se dá através das informações que a mesma teve durante a vida sobre o mesmo, sendo também moldado pelo meio social (e cultural) no qual a mulher está inserida (BEZERRA e CARDOSO, 2006). A parturiente é protagonista deste momento, onde ela é capaz de desenvolver um parto seguro e mais confortável possível para desenvolvê-lo, conhecer seu corpo e segui-lo se faz necessário, muitas vezes afastando certas crenças e mitos criados pelo imaginário coletivo (OSÓRIO; SILVA; NICOLAU, 2014). Em todas as culturas há tabus e mitos que orientam a determinado grupo sobre as percepções dos mesmos sobre a interpretação de perigo, por exemplo (BEZERRA e CARDOSO, 2006).

Em estudo realizado com mulheres gestantes sobre a escolha da via de parto, no setor público e privado, observou-se que há um maior percentual de mulheres que colocam a cirurgia (cesária), como a via mais segura de parto. O mesmo estudo trouxe que a proporção de mulheres que passaram pela cirurgia, sem mesmo entrar em trabalho de parto, foi de 80% no setor privado (DOMINGUES et al, 2014).

MITOS E MEDOS

Como foi dito anteriormente, em todas culturas há diferentes mitos e tabus sobre diversos temas, um deles é o parto.

Muitas mulheres, sem mesmo entrar em trabalho de parto, afirmam que em uma experiência da gestação anterior, não teve o que chama de “passagem” (BEZERRA e CARDOSO, 2006). O trabalho de parto há diferentes fases (fase de latência e ativa), que se diferenciam tanto pelo padrão de contratilidade, quanto a duração. Na fase de latência, há contrações irregulares, com tempo de duração variável, não sendo necessariamente contínuo. Já a fase ativa, as contrações uterinas são regulares e a dilatação cervical progressiva. Em primíparas o trabalho de parto pode durar em média de oito (8) há dezoito (18) horas, já em múltíparas, cinco horas (5) e até doze

(12) em média, sendo pouco provável que dure mais. (BRASIL, 2016)

Entretanto, estudo realizado inicialmente na África publicado primeiros resultados em abril em parceria com a Organização Mundial de Saúde (SOUZA et al, 2018), sugere que não há um padrão universal para a progressão do trabalho de parto. Cada mulher em trabalho de parto deve ser avaliada e o caso analisado de forma individualizada, naturalmente indo contra as convenções atuais, de tempo médio de dilatação (menor que 2 cm em quatro horas para primíparas; ou lento processo para múltiparas) (BRASIL, 2016) sugerindo que o mesmo seja revisado.

De toda maneira, orientar quanto as diferenças entre trabalho de parto na fase latente, ou fase ativa; os reais fatores que indicam a internação em trabalho de parto, diminuindo a internação precoce que causa tanta ansiedade e induz intervenções desnecessárias (DOMINGUES et al, 2014).

Da mesma forma, a dor durante o trabalho de parto, apesar de real, ainda causa grande insegurança no imaginário da gestante. Outras mulheres que passaram pela experiencia, relatam as terríveis dores, ligadas ao sofrimento de ter que parir. Neste sentido, podemos associar culturalmente a ideia bíblica da dor do parto como castigo divino para Eva e todas as mulheres que vieram depois. Sendo assim, este momento não poderia refletir prazer, por exemplo (DOMINGUES et al, 2014).

Sabemos que no parto há dor, entretanto a dor é subjetiva, e a maneira que cada indivíduo reage a ela também. O que devemos mostrar é que há uma diferença entre dor e sofrimento (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

Existem diversos métodos para o alívio da dor no trabalho de parto, e devemos como profissionais explorá-los com as gestantes durante o pré-natal. Desde aqueles métodos não farmacológicos como a imersão em água morna, massagem em locais específicos como a lombar, associada também a utilização de óleos relaxantes; até acupuntura e a hipnose. Além disso, também há as analgesias que podem ser utilizadas segundo o desejo da parturiente, se o local ofertar o mesmo (BRASIL, 2016). Todas essas estratégias visam tornar o trabalho de parto mais leve para as mulheres, tornando o momento um pouco mais prazeroso. Desmitificando o parto como um sofrimento punitivo.

A ruptura ou a não ruptura das membranas ovulares também é um tema muito recorrente. A ideia de que logo após a ruptura da bolsa amniótica imediatamente a mulher irá parir, é muito mais comum do que se imagina. Muitas vezes, pode haver a ruptura das membranas ovulares fora do trabalho de parto, chamada de ruptura precoce de membranas ovulares. No imaginário popular, é difícil de compreender que após este acontecimento, a mulher ainda não esteja em trabalho de parto. Portanto é importante orientar quanto as condutas tomadas (expectante ou ativa – indução), ressaltando seus riscos e benefícios. Segundo documento da CONITEC (2016), 60% das mulheres com RPMO no termo entrará em trabalho de parto espontâneo dentro de 24h.

Outra questão ligada a ruptura das membranas amnióticas é a progressão do

trabalho de parto, com ausência da mesma, chamada por alguns de “parto seco”. Neste sentido, estes referem amniotomia como um ato que diminui a duração do trabalho de parto. Entretanto, as evidências mostram que não há benefícios comprovados de amniotomia rotineira, e a amniotomia precoce pode estar associada com algumas complicações como o aumento na ocorrência de desacelerações da frequência cardíaca fetal e infecções (BRASIL, 2016). Todas estas informações, também devem ser discutidas com a gestante e família.

CIRCULAR DE CORDÃO

Outra questão que traz medo e dúvidas as gestantes é o famoso “cordão enrolado no pescoço”, a circular de cordão. Muitas mulheres possuem medo do sufocamento do feto pela circular de cordão (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010). A anatomia do cordão umbilical permite que o mesmo esteja ao redor do pescoço ou qualquer outro membro, sem causar danos graças a uma substância gelatinosa, chamada de geleia de Wharton, protegendo a vascularização através dos três vasos sanguíneos, não interrompendo seu fluxo (ANDERSSON, DOMELLOF e HELLSTROM, 2014).

Desta forma, uma simples circular frouxa de cordão, nada impede o parto normal, como também não causa danos ao feto. Tanto que Circulares cervicais estão presentes em 20 a 37% dos bebês ao nascimento e até 60% dos fetos apresentam circulares de cordão na região cervical durante algum período da gestação (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

Outros mitos e medos também podem se desvelar durante a gestação, atrelado a percepção de outras pessoas sobre o parto e o trabalho de parto. Entretanto é importante salientarmos a informação de qualidade, conferindo conforto, sensação de confiança e segurança para um trabalho de parto mais tranquilo dando liberdade a mulher durante este momento único (BEZERRA e CARDOSO, 2006).

OBJETIVO GERAL

Divulgar condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudável, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Promover mudanças na prática clínica da enfermagem, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal;
- Diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais de enfermagem no processo de assistência ao parto;

- Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos;
- Difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal;
- Reduzir ou extinguir abusos, maus tratos e violência física e psicológica no momento do parto e nascimento.

METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolverá em uma maternidade do município do Rio de Janeiro sob uma ação de educação permanente, utilizando como recurso a roda de conversa, a fim de propiciar um espaço de troca e discussão, sobre a assistência prestada a essas mulheres.

A roda de conversa constitui num importante instrumento para sensibilização da equipe, possibilitando um espaço de trocas e escuta ativa, que aumenta o grau de percepção do grupo sobre os temas abordados; visando o desenvolvimento de competências coletivas e fortalecendo o trabalho em equipe.

As dinâmicas acontecerão no próprio serviço, no horário de trabalho, e a clientela será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como recursos didáticos serão distribuídos folders com os temas propostos; onde serão realizadas leitura e debates sobre a abordagem.

CONCLUSÃO

Devido a imprevistos operacionais, o curso foi elaborado em 2017, e ainda encontra-se na fase de implementação não sendo possível uma avaliação direcionada dos resultados obtidos, porém podemos perceber que conforme os debates acontecem, mudanças vão acontecendo, porém de forma incipientes, necessitando de continuidade do trabalho. Pois a sensibilização é a construção do conhecimento, através de um processo que não leve em conta apenas a racionalidade, mas também as sensações, intuições e sentimentos; só assim teremos a mudança de paradigma e modificação no agir e pensar da equipe.

REFERÊNCIAS

1. MS (Brasil). Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em: 26 maio 2017]. Disponível em: conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
2. BRASIL. PL 7633/2014, de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546

1. , Luciano Marques Dos Santos Jucélia Cavalcante Rodrigues Da Silva Evanilda Souza De Santana Carvalho Ana Jaqueline Santiago Carneiro Rosana Castelo Branco De Santana Maria Cristina De Camargo Fonseca Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. vol.67, n. No.2, mar./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 16 set. 2018., M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em, [S.L], out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 16 set.

2. 2018.[HTTP://WWW.SAUDE.SC.GOV.BR/INDEX.PH](http://www.saude.sc.gov.br/index.php). Slides fórum perinatal da rede cegonha região nordeste - plano de parto.

3. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/ii-forum-rede-cegonha-regiao-nordeste/9711-plano-de-parto/file>>. Acesso em: 16 set.

[HTTPS://DESMITIFICANDOMITOS.WORDPRESS.COM/](https://desmitificandomitos.wordpress.com/) Desmitificando mitos da vida materna. Disponível em: <<https://desmitificandomitos.wordpress.com/2017/05/02/porque-no-brasil-o-parto-normal-e-considerado-primitivo/>>. Acesso em: 16 set. 2018.[HTTPS://WWW.PAHO.ORG/BRA/](https://www.paho.org/bra/). Parto consciente. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/node/337867>>. Acesso em: 16 set. 2018

[.JORNAL.FACULDAECIENCIASDAVIDA.COM.BR/INDEX.PHP/RBCV/ARTICLE/DOWNLOAD/747/327/](http://www.jornal.faculdaecienciasdavida.com.br/index.php/rbcv/article/download/747/327). Boas práticas na assistência ao parto: implicações do plano de parto. Disponível em: <<file:///c:/users/claude/downloads/747-1-1840-1-10-20180327.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.ZANARDO, Gabriela Lemos De Pinho; URIBE, Magaly Calderón; HABIGZANG, Ana Hertzog Ramos De Nadal E Luísa Fernanda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA OBSTETRICAL VIOLENCE IN BRAZIL: A NARRATIVE REVIEW. Psicologia & Sociedade, Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil, n. 29: e155043, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

1. ANDERSSON, O; DOMELLOF, M; HELLSTROM- WESTAS, L. Effectofdelayed versus early umbilical cordclampingon neonatal outcomesandiron status at 4 months: a randomisedcontrolledtrial. Journalofthe American Medical Associationpediatrics. V. 168, n. 6, p. 547-54, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756128>

2. BRASIL. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em: 26 maio 2017]. Disponível em: conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

3. BRASIL. PL 7633/2014,de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: www.camar.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546

4. BEZERRA MGA, CARDOSO MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev Latino-am Enfermagem. V. 14, n. 3, p. 414-21, 2006.

5. DOMINGUES, R,M.S, et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>.

6. OSÓRIO, S. M. B; SILVA, L.G; NICOLAU, A.I.O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto.Revista Rene. Universidade Federal do Piauí, p. 175, jan/fev 2014.Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1372/pdf>.

7. SOUZA A.S.R, AMORIM M.M.R, PORTO A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. FEMINA, vol.38, n. 10. Setemb. 2010.
8. SOUZA, J.P. et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 125, n. 8, p. 991-1000, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29498187>

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-114-5

