

**UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO**  
**Curso de Fisioterapia**

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE  
HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO:  
UMA PROPOSTA PARA PREFEITURA DE BRAGANÇA PAULISTA**

**Bragança Paulista**  
**2010**

**LUCIANA APARECIDA DE LIMA - RA 001200701106**  
**MARIA SILVIA BERETTA - RA 001200700482**

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE  
HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO:  
UMA PROPOSTA PARA PREFEITURA DE BRAGANÇA PAULISTA**

Monografia apresentada ao Curso de  
Fisioterapia da Universidade São  
Francisco, como requisito parcial para  
obtenção do título de fisioterapeuta.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Andréa de  
Vasconcelos Gonçalves

**LUCIANA APARECIDA DE LIMA  
MARIA SILVIA BERETTA**

**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE  
HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO:  
UMA PROPOSTA PARA PREFEITURA DE BRAGANÇA PAULISTA**

**Banca examinadora:**

---

Profª Ms. Andréa de Vasconcelos Gonçalves (Orientadora Temática)  
Universidade São Francisco

---

Profª Dra Rosimeire Simprini Padula (Orientadora Metodológica)  
Universidade São Francisco

---

Dr. Marcos Antonio Frangini (Examinador)  
Universidade São Francisco

Dedico este trabalho, primeiramente à Deus, que esteve comigo em todos os momentos, à minha mãe Luzia e ao meu pai Antonio (*in memoriam*) por terem me concedido a vida, à minha irmã Luana pelo apoio nos momentos difíceis, ao meu noivo Fernando pela paciência e cooperação, e, em especial à minha filha Laryssa pelo amor, carinho e incentivo, sem a qual jamais teria conseguido vencer esta importante etapa da minha vida

**Luciana Aparecida de Lima**

Dedico este trabalho ao meu pai Alcides, à minha mãe Maria José (*in memoriam*), aos meus familiares e amigos, especialmente à minha irmã Nancy e meu cunhado Luiz, aos meus amados filhos Priscila, Carlos Eduardo e Matheus pela compreensão e ajuda, pois através das suas palavras de encorajamento e conforto consegui concluir essa importante etapa.

**Maria Sílvia Beretta**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter nos dado a oportunidade, habilidade, capacidade e conhecimento.

À Universidade São Francisco por ter-nos proporcionado um ensino superior de qualidade.

Ao Diretor Clínico do Hospital Universitário São Francisco, Dr Pedro Izzo que nos permitiu colher dados para apresentação do presente estudo.

À Prof<sup>a</sup>.Dra. Rosimeire Simprini Padula, orientadora metodológica, pelas discussões científicas e inúmeras contribuições, sugestões e críticas a esse trabalho e pela paciente revisão do texto final.

À nossa orientadora, Prof<sup>a</sup> Ms. Andréa de Vasconcelos Gonçalves, orientadora temática, pelas idéias, pelo rigor científico, pela conduta acadêmica e acima de tudo pela pessoa humana que é, trazendo até nós o diferencial de um agente de saúde, que é olhar a todos com carinho, amor e atenção oferecendo o que temos de melhor dentro da nossa profissão, ensinando principalmente através desse trabalho à importância de recepcionar bem uma nova vida.

Ao Dr. Marcos Antonio Frangini, que prontamente aceitou fazer parte da banca examinadora compartilhando conosco de sua experiência e conhecimento.

Aos nossos professores, familiares e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho, a todos somos imensamente gratas!

*"O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem, mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir".*

**Albert Einstein**

## RESUMO

A política pública de humanização do parto criada pelo Ministério da Saúde visa prestar assistência humanizada à gestante, e tem como proposta a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O objetivo do presente estudo foi propor um programa de humanização do parto, que possa ser incorporado à Rede Pública de Saúde do Município de Bragança Paulista, no qual a fisioterapia esteja inserida. Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica, relacionado à humanização do parto através de artigos científicos pesquisados nas bases de dados LILACS, Bireme, PubMed, Scielo, publicados a partir do ano 2000, além de livros textos relacionados ao assunto. Conclui-se que é de extrema urgência a implantação de programas voltados à humanização do parto e nascimento em que a fisioterapia esteja inserida para garantir uma assistência mais humana à gestante. Baseado no estudo realizado será necessária a inserção do programa proposto e posteriormente sua avaliação.

**Palavras chave:** Fisioterapia em obstetrícia. parto humanizado. preparação para o parto. bem-estar materno. parto ativo. parto respeitoso. assistência amiga da mulher.

## ***ABSTRACT***

The public humanization politician of birth created by the Health Minister aims to provide humanized assistance for the pregnant and has the proposal to promote a healthy birth and the prevention of the mother's morbidity and mortality and before birth. The current study has the objective to propose a reflection about the theme "Childbirth Humanization", which can be added to the Public Health System of Bragança Paulista where physiotherapy is inserted. A bibliographic review related to Childbirth Humanization was done through scientific articles from LILACS, Bireme, PubMed and Scielo data bases, published since 2000, apart from the text books related to the topic. It was concluded that the establishment of programs related to childbirth humanization in which physiotherapy is inserted is extremely urgent, so that, the pregnant can have the guarantee of a better human assistance. Based on this study, it will be necessary the insertion of the proposed program and later its evaluation.

Key words: physiotherapy in obstetric. humanized birth. preparing to birth. mother's well-being. active birth. respectful birth. friendly assistance to he woman.

## LISTA DE GRÁFICOS

FIGURA 1 -	Evolução das taxas (%) de cesarianas – Brasil e regiões, 1996 – 2007.....	26
FIGURA 2 -	Evolução das taxas (%) de cesarianas no SUS, segundo regiões brasileiras, 1999-2007.....	27
FIGURA 3 -	Evolução das taxas (%) de cesarianas no SUS e serviços privados, segundo regiões brasileiras, 1996-2006.....	28
FIGURA 4 -	Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2007.....	29
FIGURA 5 -	Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2008.....	29
FIGURA 6 -	Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2009.....	30
FIGURA 7 -	Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2010.....	30
FIGURA 8 -	Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2007-2010.....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Equipes de Saúde da Família

FAIS - Fundação de Assistência Integral à Saúde

HSF - Hospital Sofia Feldman

HUSF - Hospital Universitário São Francisco

MEJC - Maternidade Escola Januário Cicco

MMII - Membros Inferiores

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PSF - Programa de Saúde da Família

ReHuNa - Rede de Humanização do Parto e Nascimento

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Unesco - (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
<b>4 HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
4.1 O que é humanização na assistência ao parto?.....	18
4.2 Política Nacional de Humanização do Parto.....	20
4.3 Características do parto humanizado – abolição do intervencionismo desnecessário.....	22
4.3.1 Ocitocina.....	23
4.3.2 Episiotomia.....	24
4.3.3 Amniotomia.....	25
4.3.4 Tricotomia.....	25
4.3.5 Parto Cesariana.....	26
<b>5 PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL.....</b>	<b>33</b>
5.1 Programa: Gravidez Saudável, Parto Humanizado.....	33
5.2 Projeto Midwifery.....	34
5.3 Hospital Sofia Feldman.....	35
5.4 O Trabalho das doulas no apoio a gestante durante o trabalho de parto.....	37
<b>6 ATENÇÃO HUMANIZADA À GESTANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS- PARTO – ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA.....</b>	<b>39</b>
6.1 O papel do fisioterapeuta na humanização do parto.....	39
6.2 Atenção à gestante no pré-parto.....	40
6.3 Atenção à gestante durante o trabalho de parto.....	43
6.4 Atenção à gestante no pós-parto.....	48
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>8 PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....</b>	<b>56</b>
<b>8.1 Assistência Primária.....</b>	<b>56</b>
<b>8.2 Assistência Terciária.....</b>	<b>57</b>
<b>8.3 Assistência Terciária e Primária – Cuidados Domiciliares.....</b>	<b>59</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil sempre foi aspecto que demandou bastante atenção em saúde pública, por isso a assistência pré-natal merece destaque especial, sobretudo devido à persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal. Tais indicadores têm causado preocupação e motivado a criação de políticas públicas que enfatizem o ciclo gravídico-puerperal. (COUTINHO et al., 2003).

Com base nessas políticas públicas foi criada pelo Ministério da Saúde a proposta de Humanização do Parto. Esta visa prestar assistência humanizada ao nascimento e ao parto e resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento, respeitando sua dignidade e autonomia, além de romper com o intervencionismo desnecessário sobre o parto. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com o objetivo de alterar o modelo de assistência ao parto, no momento considerado intervencionista, tem implementado medidas e recomendações fundamentadas na humanização da assistência (GUIMARÃES; CHIANCA; OLIVEIRA, 2007).

Uma assistência mais humanizada consiste em dar autonomia à mulher para que ela decida sobre o seu parto e que esta decisão seja respeitada pelos profissionais que a assistem. É importante que as parturientes, por exemplo, tenham um acompanhante de sua escolha e que sejam informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas, tendo o seu direito de cidadania respeitado (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Os conceitos de humanização deveriam estar mais bem estabelecidos, nos dias de hoje, pois geralmente o que se vê na assistência pré-natal é uma expropriação da autonomia feminina, as mulheres são vistas como objeto, fora de contexto, onde a "máquina" é examinada e não se estabelece nenhum vínculo com o profissional. As ações praticadas são de responsabilidade dos profissionais que supervalorizam suas técnicas e mantêm, com intervenções determinadas a hierarquia e padronização das rotinas (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Uma das práticas de humanização em parto é o incentivo ao parto normal, já que no Brasil os índices de cesariana têm ficado bem acima dos 15% preconizados pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto se faz necessário uma abordagem sobre a cesariana, uma intervenção cirúrgica na qual é feita uma incisão nas paredes abdominais e uterina para que o bebê seja retirado do útero materno, ao invés de nascer naturalmente, em situações em que a vida da mãe ou da criança estejam em risco (QUEIROZ et al., 2005).

O número de indicações de cesarianas vem crescendo muito no país desde a década de 80 e isso tem causado preocupação e chamado à atenção das autoridades, pois

além dos custos elevados desse procedimento, tem-se notado um grande aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal em decorrência dessa prática. (BRASIL, 2008).

Em 2002, uma portaria do Ministério da Saúde definiu para os Estados e para o Distrito Federal percentuais máximos de cesarianas em relação ao número total de partos realizados. Todas essas medidas fazem parte do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, para assegurar acesso e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto e pós-parto.

O parto é um acontecimento que traz mudanças tanto no âmbito emocional como físico, e é por isso que nos países desenvolvidos a sua importância tem assumido proporções gigantescas – um fato que deve ser preparado e até mesmo “treinado”. A preparação para o trabalho de parto é de extrema importância, pois fará com que a mulher se sinta mais controlada e confiante para enfrentar esse momento (POLDEN; MANTLE, 2000).

Mesmo nos tempos atuais, onde as informações sobre parto são bastante difundidas, o momento do parto é caracterizado por sentimentos de angústia, medo e fantasias por parte das parturientes. Apesar de todo o desenvolvimento científico e da sobreposição natural dos partos hospitalares sobre os partos domiciliares, utilizando para tal, recursos humanos especializados e equipamentos apropriados, as mulheres, de modo geral, no momento do nascimento de seus filhos, se vêem conturbadas e pouco preparadas para enfrentar essa etapa da qual terão que vencer (BARACHO, 2002).

Pensando-se que a preparação para o trabalho de parto é de extrema importância para que a mulher se sinta mais segura e com base nos preceitos do Programa de Humanização do Parto, a implementação de grupos de gestantes permite uma abordagem integral e específica do período gestacional, parto e pós-parto. Tais grupos garantem assistência não só a gestante, mas também a seus parceiros e familiares que podem acompanhá-la nos atendimentos, permitindo assim, que todos vivenciem juntos esse evento familiar (REBERT; HOGA, 2005).

Nos grupos de preparação de gestantes devem ser incluídas atividades referentes ao trabalho corporal, que além do benefício do exercício, permitem que a mulher tenha uma melhor percepção do seu corpo e aprenda a reconhecer e a diferenciar as sensações de relaxamento e de contração. A gestante também deve aprender técnicas de respiração e relaxamento que a auxiliem no controle das contrações durante o trabalho de parto. Tais técnicas também podem ajudar a gestante a realizar uma força produtiva durante o período expulsivo, permitindo que ela participe efetivamente do nascimento do seu filho (MAKUCH et al., 2001).

A humanização do parto engloba vários aspectos, dentre eles a atenção multiprofissional à gestante durante todo o ciclo-gravídico, desde o pré-natal, passando pelo

momento do parto, até o pós-parto. Apesar de a gravidez ser um acontecimento fisiológico normal, o número de profissionais envolvidos na equipe de tratamento continua a aumentar. Essa equipe consiste de profissionais gerais, como obstetras, pediatras, enfermeiras, fisioterapeutas, parteiras, nutricionistas, dentistas, assistentes sociais, enfim toda equipe de assistência à saúde. Porém, é essencial que toda a equipe esteja ciente das necessidades especiais das gestantes e que correspondam a elas (POLDEN; MANTLE, 2000).

O trabalho do fisioterapeuta no programa de acompanhamento a gestante deve ser desenvolvido no sentido de levá-la a conscientizar-se de sua postura e a empenhar-se para desenvolver toda a sua potencialidade de reserva dos músculos para que se tornem aptos a conviver com as exigências extras que a gravidez e o parto solicitarão, promovendo, assim, condições para a manutenção do bem estar físico durante a fase de gestação, além de corrigir e tratar, quando detectadas, alterações posturais que porventura venham acompanhadas de dor (BARACHO, 2002). O fisioterapeuta também pode alertar as gestantes sobre os riscos da cesariana e de intervenções desnecessárias e orientá-las sobre os aspectos positivos do parto normal, assim como, prepará-las para tal.

A atuação da fisioterapia no processo de parto e nascimento pode ocorrer nos três níveis de atenção à saúde, ou seja, na atenção primária, secundária ou terciária.

O fisioterapeuta pode estar inserido na atenção primária e secundária como parte da equipe multiprofissional de saúde de modo a preparar e orientar a gestante sobre questões referentes ao processo gestacional, modificações corporais e emocionais, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o bebê e amamentação, conforme preconiza o Ministério da Saúde no contexto da humanização do nascimento (BRASIL, 2001).

Ainda na atenção primária e secundária o fisioterapeuta pode atuar na promoção de uma gestação saudável, prevenindo e/ou minimizando desconfortos decorrentes do estado gravídico, como as algias pélvicas e lombares e a incontinência urinária, além de algumas condições patológicas, como a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia e o diabetes gestacional.

Na atenção terciária, durante o pré-parto, o fisioterapeuta deve assistir a parturiente a fim de manter o corpo dela móvel, ajudar a coordenar a ação da musculatura e oferecer movimentos funcionais para cada fase da dilatação. Posteriormente acompanha a parturiente a sala de parto, integra-se à equipe obstétrica, estimulando sua participação ativa no parto, orientando a força diafragmática e abdominal para expulsão fetal. Nesse contexto a atuação do fisioterapeuta pode levar a redução do número de cesáreas, os exercícios promovem a redução da dor e da duração do trabalho de parto de 11 para 5 horas. No Brasil, exercícios no trabalho de parto estão restritos aos poucos centros médicos que incentivam o parto normal, mas, em países como a Inglaterra e a Alemanha, vigoram há

mais de 40 anos. Na França, toda grávida é orientada a fazer ao menos 12 consultas com o fisioterapeuta no pré-natal (BIO, 2007).

Considera-se, então, que o trabalho do profissional fisioterapeuta é de grande valia em todas as fases da gestação, sendo assim, a fisioterapia deve estar inserida neste contexto, pois desempenha um papel especial que não pode ser adequadamente assumido por outras pessoas que não tiveram o mesmo treinamento (POLDEN; MANTLE, 2000).

Não há dúvidas de que a gravidez é um acontecimento importantíssimo na vida de uma mulher, o qual constitui sua maior expressão de feminilidade, contudo é nesse período que a mulher passa por enormes transformações que envolvem aspectos biológicos, sociais e psicológicos. É por isso que se faz necessário um acompanhamento multiprofissional, no qual a fisioterapia deve estar inserida.

Um programa de acompanhamento fisioterapêutico para gestantes pode auxiliar as mesmas a controlar a ansiedade, prevenir alterações físicas e psicológicas, diminuir o número de intercorrências durante a gestação e no momento do parto, evitar intervenções desnecessárias, como a episiotomia e uso de ocitocina, assim como contribuir, para a redução do número de cesarianas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo do presente estudo é propor um programa de humanização do parto, que possa ser incorporado na Rede Pública de Saúde do Município de Bragança Paulista.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar dados no HUSF sobre o número de partos normais e cesarianas;
- Confrontar dados obtidos no HUSF com a literatura;
- Identificar na literatura científica os programas existentes sobre humanização do parto;
- Destacar o papel do fisioterapeuta na humanização do parto.
- Propor ações para um programa de humanização do parto.

### 3. MÉTODO

Foi realizado um trabalho de revisão de literatura, relacionado à humanização do parto. Para o levantamento bibliográfico foram utilizados artigos científicos pesquisados nas bases de dados LILACS, Bireme, PubMed, Scielo, publicados a partir do ano 2000, além de livros textos relacionados ao assunto.

Foi feito também um levantamento de dados referente ao número de partos normais e cesarianas realizadas no HUSF. A coleta destes dados se deu por intermédio de uma funcionária da controladoria, que através de consulta a base de dados do HUSF nos forneceu uma planilha contendo o número de partos normais e cesarianas realizados no hospital nos últimos três anos.

Após a seleção e leitura dos textos e da realização do levantamento de dados sobre o número de partos normais e cesarianas no HUSF, foi elaborada uma proposta de implementação de um programa de humanização do parto na rede municipal de saúde, para ser apresentado à Prefeitura Municipal de Bragança Paulista.

## 4. HUMANIZAÇÃO

### 4.1 O Que é Humanização na Assistência ao Parto?

Há cerca de 30 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a não utilização de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, no Brasil este movimento é chamado de *humanização do parto* (DINIZ, 2005).

Segundo o dicionário, Humanizar é: Tornar humano, dar condição humana, humanar. Tornar benévolo, afável, tratável. Fazer adquirir hábitos sociais, polidos, civilizar. Tratar o ser humano com dignidade, respeito e acolhimento; cuidar com sabedoria e dedicação (AURÉLIO, 1999).

Segundo Nunes (2006), humanizar seria criar ambientes mais acolhedores que possibilitem uma assistência mais humana, disseminar informação, criar condições e tornar acessíveis os recursos, conferindo, assim, autonomia aos usuários e, possibilitando sua participação nas decisões.

Com relação à humanização do parto o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Tem início no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos que sejam realmente benéficos para a mulher e o bebê, evitando, assim, as intervenções desnecessárias preservando desta forma sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro relaciona-se à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, de modo a ser este um ambiente acolhedor rompendo com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

Segundo Tornquist (2003), a humanização do parto é o conjunto de recomendações que a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou: o incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo às técnicas mecânicas de alívio a dor como as massagens, os banhos e a deambulação; uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina) e analgesia; abolição da prática de tricotomia e da

excessiva medicalização do parto, sendo esta apontada como uma das responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países.

Em um estudo desenvolvido com gestores de maternidades do Rio de Janeiro, os principais significados atribuídos ao termo humanização diziam respeito: à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários; ao reconhecimento dos direitos dos clientes e à democratização das relações de poder entre eles e os profissionais; à desmedicalização da atenção ao parto e nascimento; à promoção de vínculo entre familiares, mãe e recém-nascido, e à valorização dos profissionais de saúde (DESLANDES, 2005).

Para garantir um parto mais humano, torna-se emergente criar uma aliança sólida entre os profissionais de saúde e as mulheres. O grande mérito dessa postura reside na importância de priorizar o direito de escolher qual a alternativa de assistência ao parto melhor se adapta à necessidade e à vontade da mulher. No entanto, para atingir o desejado pelas mulheres, elas também precisam se apropriar do conhecimento de seus corpos, de seus direitos e assumir o controle das ações que são impostas pelas políticas públicas, por meio da participação ativa na elaboração dessas políticas (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

No parto humano é preciso se respeitar à dinâmica do processo evolutivo, o qual não pode ser melhorado através de equipamentos, drogas ou cirurgias, cabendo aos profissionais de saúde intervir apenas em situações em que haja riscos à mãe e ao bebê, mantendo desta forma o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto (BRASIL, 2008).

Parada e Tonete (2008), consideram que para haver um parto humano é importante se transformar as práticas regionais voltadas à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, incluindo o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento. Ao mesmo tempo, é essencial que haja a qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que é a mulher o sujeito da atenção e, como tal, ela deve participar efetivamente do processo.

No mundo contemporâneo em que vivemos, promover o parto mais humanizado é um grande desafio. Isso não requer voltar à história de como nossas avós e mães pariram, mas buscar contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja um ritual mais próximo do "familiar", unindo nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito. Aumentar o conforto e a segurança integral dessa população é estar promovendo a saúde da população em geral (REIS; PATRÍCIO, 2005).

## 4.2 Política Nacional de Humanização do Parto

No início do século os partos eram realizados no domicílio por parteiras, a partir dos anos 40 essa realidade começou a mudar ocorrendo uma tendência à hospitalização dos partos, sendo ao final do século, 90% deles realizados nos hospitais. Com o avanço dos antibióticos e da tecnologia, alcançou-se uma considerável redução nos índices de mortalidade materna e neonatal.

Contudo, nos últimos vinte anos a mortalidade materna no Brasil tem se mantido constante e muito superior à dos países desenvolvidos, independentemente de tais avanços. Esse fato pode ser explicado por questões referentes à falta de acesso, sobretudo, a serviços com qualidade na atenção à gestação, ao parto e ao pós-parto (RATTNER, 2009).

Desde a década de 80 é possível falar de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, pois o final desta década foi marcante do ponto de vista da organização de algumas associações do tipo não-governamental e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento). Esse propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985 (TORNQUIST, 2002).

Contudo, foi no ano de 2000 que um grande passo foi dado em prol da humanização do parto pelo Ministério da Saúde, este entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, instituiu, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. O PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tem como principal estratégia melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Com esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Visa também potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério na área de

atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, investimento em hospitais pertencentes a estas redes (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Segundo o programa a humanização compreende dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares, o que requer dos profissionais de saúde uma atitude ética e solidária. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos que sejam realmente benéficos para o parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000).

Uma pesquisa realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desenvolvido em Janeiro de 2003, que teve por objetivo realizar uma avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, identificou, contudo, algumas fragilidades do PHPN como: a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez, e a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2002).

Na teoria o PHPN é sem dúvida um programa revolucionário, que tende a mudar a visão de todos quanto ao que seria um parto mais humano, contudo sua implementação efetiva não se dará do dia para noite, pois para tal é necessário que tanto as parturientes quanto os profissionais de saúde se conscientizem de seus direitos e deveres.

### 4.3 Características do Parto Humanizado – Abolição do Intervencionismo Desnecessário

O conjunto de medidas visando à *humanização do parto* busca desestimular intervencionismos desnecessários, tais como uso de ocitocina, realização de episiotomia, amniotomia, enema, uso de fórceps e tricotomia, e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas que muitas vezes tornam esse um momento artificial e violento, reservando essas intervenções para situações em que elas sejam realmente indicadas. Dentro desta proposta são descritas medidas que visam incentivar as práticas e intervenções biomecânicas, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais *naturais* levando a desmedicalização do mesmo (TORNQUIST, 2002).

Um passo importante para a humanização do parto foi dado no ano de 1985 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um conjunto de recomendações que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras legais no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente, além propor medidas que desestimulem o uso de intervencionismos desnecessários (TORNQUIST, 2002).

O Ministério da Saúde (2001), aponta para a necessidade de mudança na assistência à mulher no pré-natal e no nascimento, estimulando procedimentos pouco invasivos que envolvam sua participação ativa. No entanto, tais práticas não são rotineiramente observadas.

Embora estejamos no caminho para um atendimento mais humanizado ainda há muito a se fazer, pois a maioria das instituições ainda não se conscientizou de que o parto deve ser algo natural e o mais fisiológico possível sem práticas intervencionistas.

É o que demonstrou uma pesquisa realizada em uma maternidade pública e outra privada do Rio de Janeiro nas quais práticas danosas ou inefetivas como o enema, a tricotomia, a hidratação venosa, a posição de litotomia e o uso de ocitocina foram freqüentemente utilizadas. (D'ORSI, 2005).

Outro estudo realizado por Reis e Patrício (2005), em um centro obstétrico de um hospital do Estado de Santa Catarina também demonstrou que práticas que inibem a “segurança e o bem-estar”, desestimuladas pelo Ministério da Saúde, ainda são práticas rotineiras no local. Dentre as mais freqüentes estão a tricotomia, lavagem intestinal, exame de toque, imobilização, posição horizontal durante o trabalho de parto, utilização de soro para puncionar a veia e posterior administração de medicamentos, uso da ocitocina,

episiotomia e da manobra de *kristeller* e uso de *metergim* no quarto período do parto. Mais importante ainda, na perspectiva da humanização, é que dentre as parturientes, três delas não foram comunicadas a respeito do uso desse medicamento.

#### 4.3.1 Ocitocina

Segundo Yamaguchi, Cardoso e Torres (2007), a ocitocina é um hormônio uterotônico produzido pelo hipotálamo e armazenado pela hipófise posterior que determina contração da musculatura lisa uterina, sendo um recurso muito utilizado na obstetrícia de forma profilática ou terapêutica no controle de hemorragia após a dequitação em cesarianas.

A ocitocina é utilizada também na indução do parto, com objetivo de promover o parto vaginal quando a continuação da gravidez significa risco materno-fetal maior do que a sua interrupção. Dentre as situações em que se está indicada a indução do parto estão as síndromes hipertensivas, gravidez prolongada, ruptura prematura de membranas, corioamnionite, diabetes, isoimunização fetal e restrição do crescimento fetal (FILHO, CECATTI, FEITOSA, 2005).

Embora seja um recurso importante para obstetrícia, o uso da ocitocina tem gerado polêmica, pois muitos médicos a utilizam de forma abusiva, em situações desnecessárias.

Um estudo realizado por D'Orsi et al. (2005), mostrou que o uso da ocitocina em hospitais públicos e privados é uma prática que extrapola as indicações clínicas e está relacionado com a demanda hospitalar por novas internações e a conveniência da equipe, que tenta "solucionar todos os casos antes do próximo plantão".

Não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais importantes como hiperestimulação uterina e aumento da dor, redução da pressão arterial sistólica e diastólica, taquicardia reflexa, diminuição da perfusão coronariana e colapso cardíaco, intoxicação hídrica com hiponatremia secundária à retenção de água livre podendo resultar em edema pulmonar, convulsões, coma e até morte (YAMAGUCHI; CARDOSO; TORRES, 2007).

O uso da ocitocina durante o trabalho e parto é algo delicado e que deve ser utilizado apenas em condições estritamente necessárias. Para um parto mais humano é necessário adotar e estimular outras técnicas como a deambulação, por exemplo, que pode em muitos casos promover o mesmo efeito, mas de forma natural.

### 4.3.2 Episiotomia

Episiotomia é definida como alargamento do períneo, feito de forma cirúrgica, para aumentar a abertura vaginal, e pode ser mediolateral direita, esquerda ou mediana. Seu objetivo é geralmente acelerar o parto ou evitar o estiramento excessivo ou corte dos tecidos em volta, sendo a incisão suturada depois que o parto estiver completo (POLDEM; MANTLE, 2000).

Originalmente essa prática foi recomendada para auxiliar em partos complicados e sua realização de rotina começou a ser defendida por Pomeroy, em 1918. Durante muitos anos essa prática de rotina foi aceita e ensinada como verdade absoluta em grandes centros obstétricos, contudo sem base científica que comprovasse sua eficácia. A partir da década de 70 foram publicados os primeiros ensaios clínicos consistentes que questionavam o valor desse procedimento (CARVALHO, 2010).

Nos últimos anos, muitos estudos, revisões e metanálises demonstram que não há comprovação da eficácia deste método. Ao contrário, essa prática, pode trazer complicações intra e pós-operatórias, tais como, extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor (YMAYO et al, 1999 *apud* CARVALHO et al., 2010).

Um estudo realizado por Oliveira e Miquilini (2005), demonstrou que a episiotomia é realizada sem um enfoque seletivo. Atualmente, a taxa de episiotomia está diminuindo em todos os países, porém, devido à formação, por rotina e até mesmo os poucos estudos sobre o assunto, esse procedimento ainda prevalece em muitos hospitais.

Dentro da necessidade de se estimular partos mais humanizados, a diminuição do índice de episiotomia é algo a ser colocado em prática. Para tal, um reajuste no olhar dos profissionais de saúde é indispensável. É preciso que o profissional entenda que o parto normal é um processo fisiológico, devendo existir uma justificativa para interferir no trabalho de parto e nascimento, observando o paradigma não intervencionista. É necessário rever as práticas de atendimento à parturiente, considerando as evidências científicas e condutas individualizadas (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Embora já se tenha comprovado que a prática rotineira da episiotomia não constitui bom exercício da Obstetrícia, a maioria dos obstetras não consegue abandoná-la. Essa prática é tão antiga e freqüente que já se tornou um hábito. Entretanto, a partir das evidências científicas que comprovam a efetividade da episiotomia seletiva, a mudança de

conduta se faz necessária, porque, certamente, resultará em assistência mais humanizada e de melhor qualidade às parturientes (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

### **4.3.3 Amniotomia**

Segundo Poldem e Mantle (2000), a amniotomia, ou seja, a ruptura artificial das membranas é um dos procedimentos que pode iniciar ou acelerar o parto. Em geral é utilizado o amnihook para romper o saco amniótico estimulando a liberação de prostaglandinas que vão iniciar ou acelerar as contrações uterinas.

Apesar de ser um procedimento simples, a amniotomia não é isenta de riscos, podendo ocorrer complicações como prolapso do cordão umbilical, compressão do pólo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, embolia amniótica e desconforto materno (SOUZA et al., 2010).

Há tempos a prática da amniotomia vem sendo realizada de forma rotineira, embora seu uso isolado antes do início do trabalho de parto tenha sido abandonado, ela ainda continua sendo utilizada na aceleração do trabalho de parto já iniciado (BRASIL, 2003).

Contudo, não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação do período de dilatação. Embora alguns estudos observem redução da duração do trabalho de parto, outros, de semelhante força de evidência, não observam tais achados (PARPINELLI; SURITA; SIMÕES, 2009).

Dessa forma, a ruptura artificial da membrana deve ser evitada, uma vez que uso abusivo desta técnica não se justifica, pois pode colocar a saúde da mãe e do bebê em risco, além de ir contra os preceitos da humanização.

### **4.3.4 Tricotomia**

A tricotomia dos pêlos pubianos tem sido utilizado de forma rotineira nos hospitais, visando à redução de infecções de episiotomia, a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto. Contudo não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização pode gerar desconforto a parturiente quando os pêlos começam a crescer, e risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não-descartáveis. Por isso recomenda-se que a tricotomia só seja realizada quando esta for por opção da parturiente (BRASIL, 2003).

### 4.3.5 Parto Cesariana

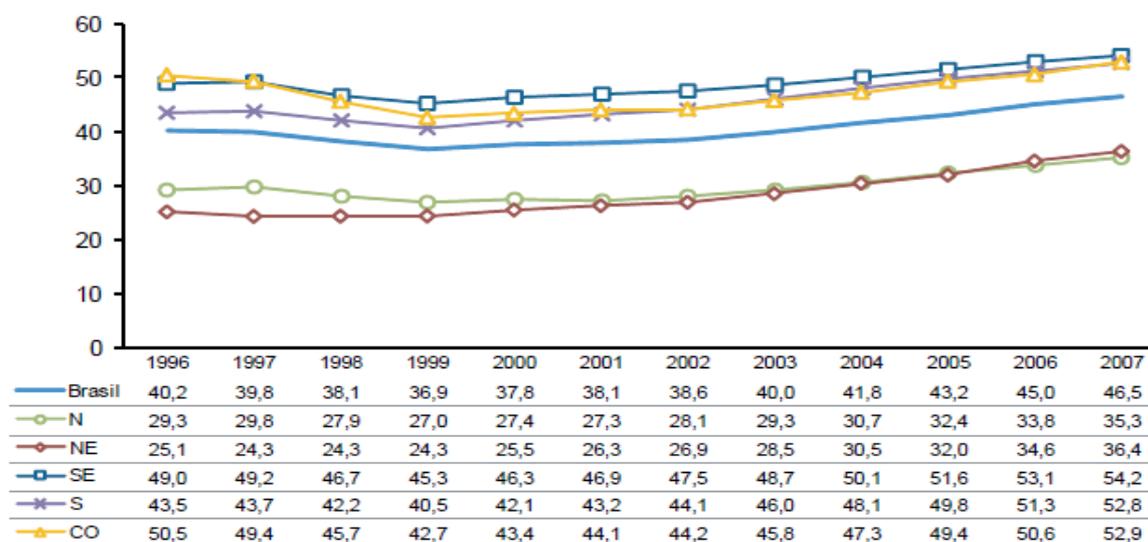
A cesárea é um procedimento cirúrgico que historicamente foi desenvolvido para ser utilizado como uma alternativa para situações extremas, em que a vida da mãe e/ou da criança esteja em risco devido a complicações no parto (BRASIL, 2003).

Com o progresso ocorrido nas técnicas cirúrgicas a partir do início da metade do século XX, a cesárea se tornou um procedimento bastante seguro e apropriado para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam da interrupção da gestação como única maneira de preservar a saúde da mulher ou do feto (BRASIL, 2003).

Vários fatores podem indicar a necessidade de um parto por cesariana, tais como, apresentação pélvica, córmica ou quando a mãe apresenta doença sexualmente transmissível como a AIDS e alguns casos de Papiloma Vírus Humano, ou ainda, outros motivos, a exemplo do descolamento prematuro da placenta, placenta prévia e diabetes gestacional, dentre outros, que venham a complicar o bom andamento do parto. Nesse sentido, a cesariana é um ótimo recurso disponível para proteger, ao mesmo tempo, a saúde da mãe e da criança, permitindo um parto sem maiores complicações (QUEIROZ, et al., 2005).

Embora a cesariana seja um procedimento que deveria ser empregado apenas em situações de risco a mãe e/ou a criança, no Brasil ela tem sido uma prática abusivamente empregada. Os médicos em geral elegem este procedimento sem fazer um balanço efetivo entre os riscos e benefícios que esta intervenção pode causar. (BARBOSA et al., 2003).

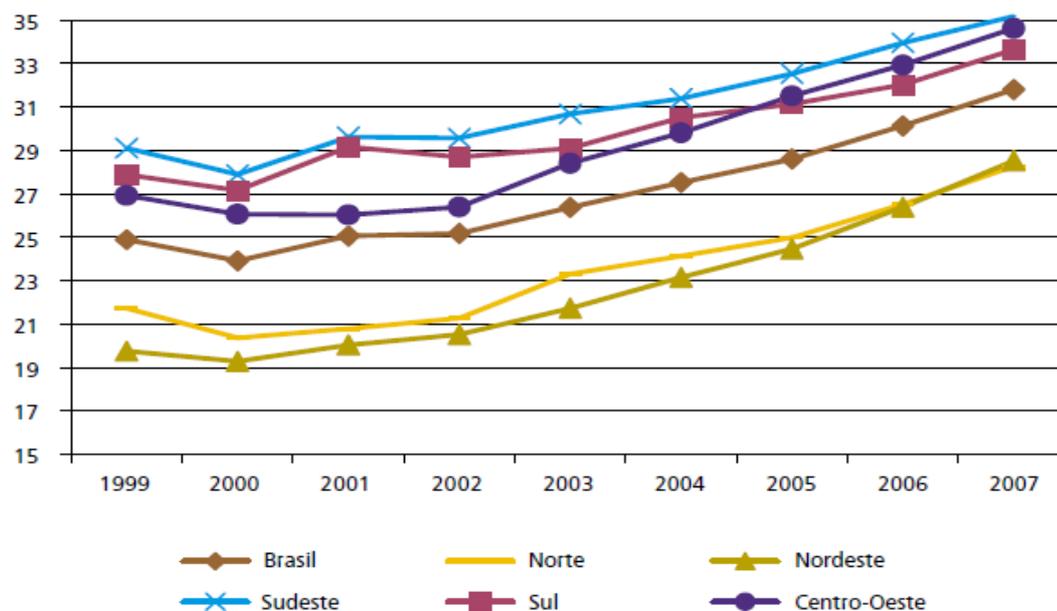
Dados do Ministério da Saúde comprovam que no Brasil o número de cesáreas ainda é bastante relevante.



Fonte: Sinasc – CGIAE/DASIS/SVS/MS.

**Figura 1.1** Evolução das taxas (%) de cesarianas – Brasil e regiões, 1996-2007

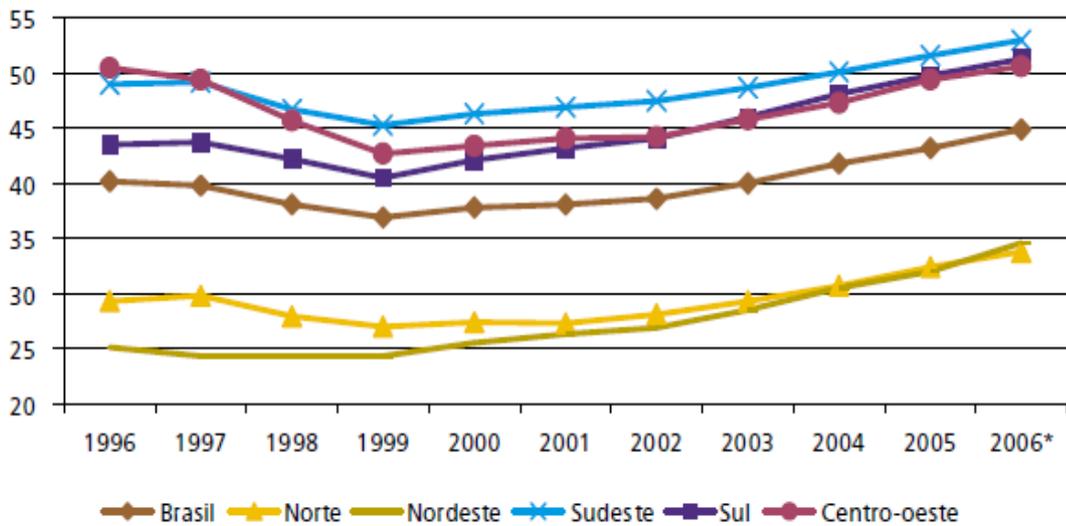
Conforme demonstra o gráfico acima o país continua sendo um dos que registram a maior proporção de cesarianas. Em relação ao total de partos, as informações provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) mostram que os percentuais de cesárea aumentaram de 40%, em 1996, para 46,5%, em 2007. O Sudeste é a região com a maior proporção de partos por cesárea, seguido de perto pelas regiões Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2010).



Fonte: Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS/MS  
\*1996 = Dados preliminares

**Figura 1.2** Evolução das taxas (%) de cesarianas no SUS, segundo regiões brasileiras, 1999-2007.

No Sistema único de Saúde (SUS), no qual são realizados 76% do total dos partos, as taxas de cesáreas aumentaram de 25% em 1999 para 32% em 2007, conforme demonstra a figura acima.



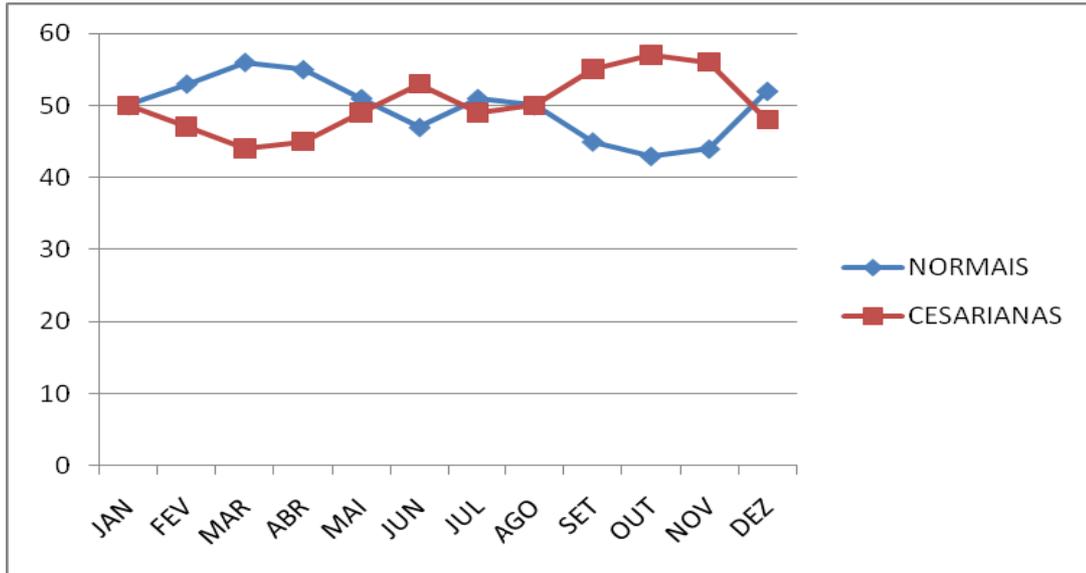
Fonte: Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS/MS

**Figura 1.3** Evolução das taxas (%) de cesarianas no SUS e serviços privados, segundo regiões brasileiras, 1996-2006.

No setor de saúde suplementar, a taxa de cesariana aumentou de 64,5% em 2003 para 83,7 em 2006 (BRASIL, 2006).

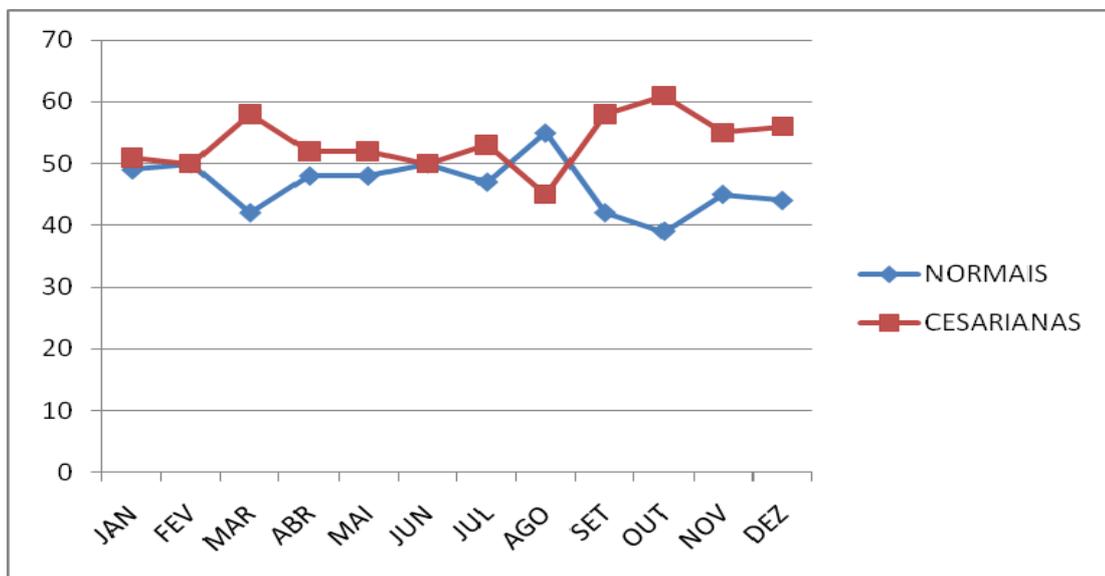
A taxa (%) total de cesáreas – incluindo SUS e serviços privados – era de 40% em 1996, reduziu para 37% em 1999 e aumentou para 45% em 2006, conforme gráfico acima.

Conforme pudemos verificar a cesárea está muito presente no cotidiano obstétrico, portanto, para se ter um parâmetro com relação ao número de cesarianas realizadas pelo SUS em nosso município e, assim propor ações para sua redução foi realizado um levantamento de dados referente ao número de partos normais e cesarianas realizadas no Hospital Universitário São Francisco (HUSF). A coleta de dados foi feita por intermédio de uma funcionária da controladoria, que através de consulta a base de dados do HUSF nos forneceu uma planilha contendo o número de partos normais e cesarianas realizados no hospital nos últimos três anos conforme segue abaixo.



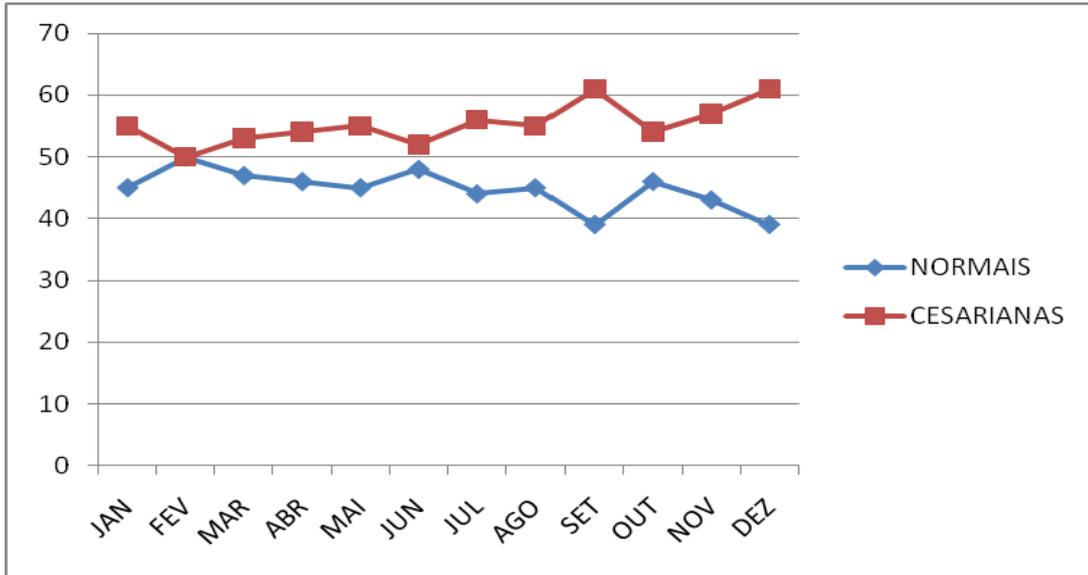
**Figura 1.4** Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2007

A taxa (%) de cesarianas no HUSF em 2007 foi de 50% em Janeiro, reduziu para 44% em Março e aumentou para 48% em Dezembro (Figura 1.4).



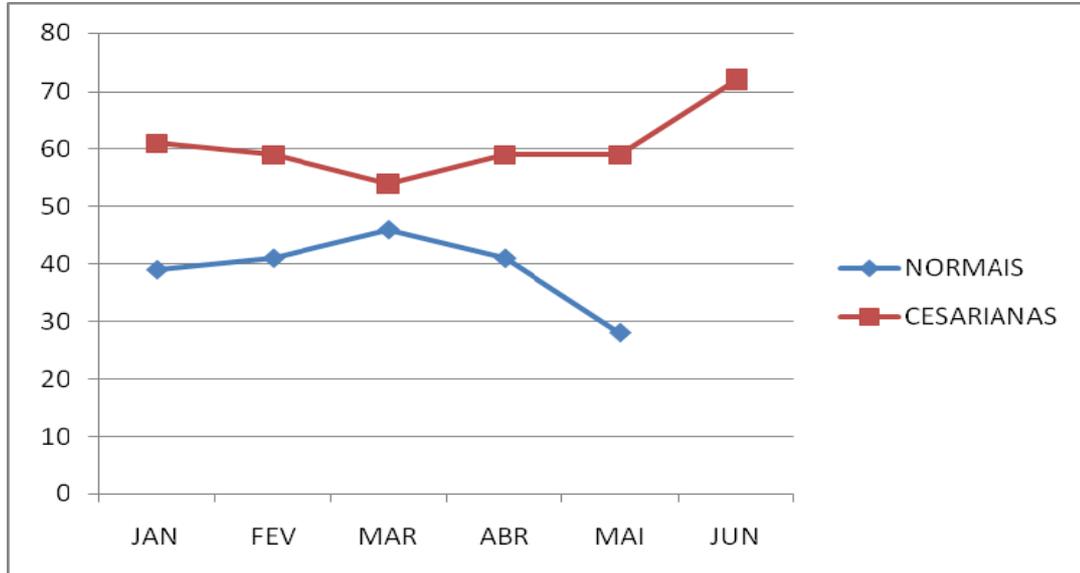
**Figura 1.5** Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2008

No ano de 2008 a taxa de cesarianas foi de 51% em Janeiro, reduziu para 45% em Agosto e aumentou para 56% em Dezembro (Figura 1.5).



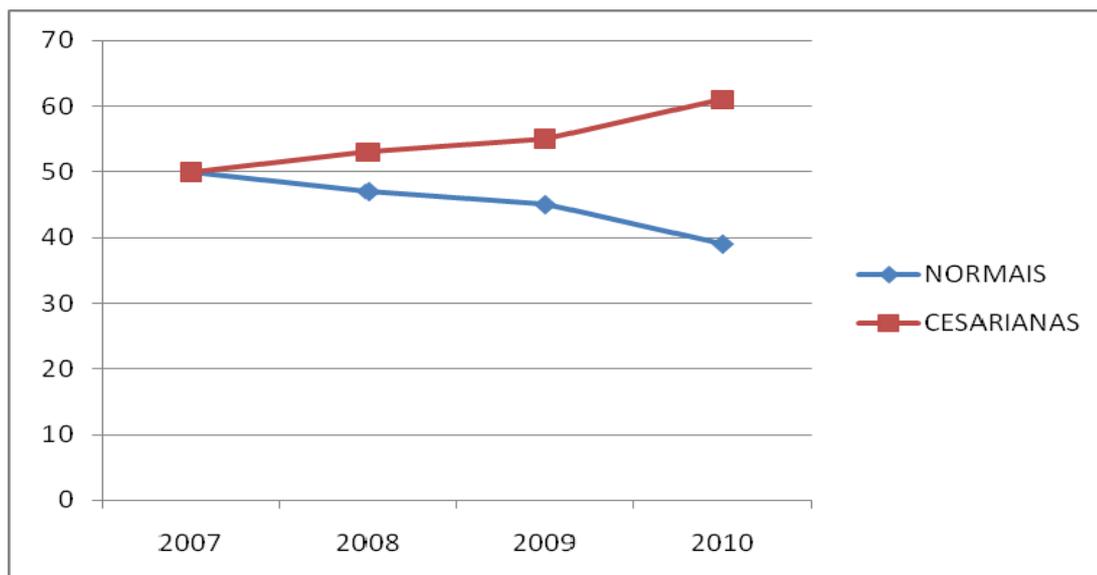
**Figura 1.6** Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2009

Em 2009 a taxa de cesarianas em Janeiro representava 55% dos partos realizados, reduzindo-se para 52% em Junho, atingindo pico de 61% em Setembro e Dezembro (Figura 1.6).



**Figura 1.7** Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2010

Em 2010 a taxa (%) de cesarianas realizadas no HUSF correspondia em Janeiro a 61% reduzindo para 54% em Março, aumentando para 72% em Junho (Figura 1.7).



**Figura 1.8** Taxas (%) de partos normais e cesarianas HUSF – 2007 à 2010

O que se percebe com este levantamento é que de 2007 a 2010 houve um aumento progressivo no número de cesarianas realizadas no HUSF. Em 2007 as cesarianas representaram 50% dos partos realizados, em 2008 corresponderam a 53%, em 2009 a 55% e até Junho de 2010, 61% de todos partos realizados na instituição foram cesarianas (Figura 1.8).

Esses dados corroboram com os do Ministério da Saúde, que também demonstram o aumento na prática de cesarianas ao longo dos anos.

A elevação nas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, contudo esse avanço ocorreu mais genericamente no continente americano e, mais especificamente no Brasil, no qual chega a ser considerada uma epidemia (BRASIL, 2003).

O parto por cesárea expõe as mulheres e os bebês a mais riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, nascimentos prematuros e mortes. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que a proporção de cesáreas corresponda à cerca de 15% do total de partos e que esse procedimento seja realizado apenas quando há risco para a mãe ou para o bebê (BRASIL, 2010).

Múltiplos fatores estão relacionados ao exagero na prática das cesáreas, dentre eles destacam-se: a economia de tempo, a insegurança de médicos devido a treinamento obstétrico insatisfatório e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto (BRASIL, 2008).

Um estudo prospectivo realizado em quatro capitais brasileiras (Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal e São Paulo), no período de Abril de 1998 a Junho de 1999, com mulheres

atendidas nos setores público e privado em três momentos do ciclo gravídico-puerperal no início da gravidez, a um mês do parto e com um mês de pós-parto demonstrou que, apesar das diferenças existentes nas taxas de cesárea entre o setor público e o privado, a preferência da maioria das mulheres (70% a 80%) antes do parto era pelo parto vaginal (POTTER et al., 2001 *apud* BARBOSA et al., 2003).

Isso demonstra que as cesáreas em geral não são realizadas por vontade das parturientes, por isso há necessidade da informação e formação de opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que seja mais benéfico para sua saúde e a de seus filhos.

## **5. PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL**

Com base nas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para um parto mais humanizado buscamos identificar alguns programas de humanização do parto existente no Brasil.

### **5.1 Programa: Gravidez Saudável, Parto Humanizado**

Iniciamos discutindo o Programa: Gravidez Saudável, Parto Humanizado, criado em 2009 pela Prefeitura Municipal de Bom Progresso no Rio Grande do Sul.

A idéia da criação de um grupo de gestantes no município de Bom Progresso partiu dos líderes comunitários e dos agentes de saúde que trabalham nas equipes de saúde da família (ESF) daquela cidade os quais perceberam a necessidade da criação de um programa que atendesse melhor as necessidades das gestantes, levando a elas mais esclarecimentos e mais informações sobre esta etapa tão peculiar na vida das mulheres.

Esse programa é realizado pela equipe de saúde da família (ESF) e visa atender mulheres em situação de vulnerabilidade social ou não, desde a gravidez até o primeiro ano de vida do bebê, contribuindo para o bem estar e saúde da criança, da mãe e da família. Com um atendimento de diversos profissionais habilitados e comprometidos com a humanização do cuidado a saúde, as gestantes têm melhor atendimento, melhor qualidade de vida, melhor acesso aos serviços e atendimento multiprofissional, sendo acompanhadas durante o processo de gestação e incentivadas a adotar os procedimentos mais confiáveis desde a concepção, gestação, parto, aleitamento, etc.

É realizado um atendimento interdisciplinar às gestantes com uma proposta de desenvolvimento do trabalho educativo, através de palestras interativas e dinâmicas variadas, além do atendimento individual, que busca obter maior envolvimento do público-alvo, ou seja, das gestantes e parturientes do município de Bom Progresso.

Desta forma, esse projeto visa realizações no âmbito de educação e promoção em saúde, com foco humanizante e com a participação de todos os agentes envolvidos no processo de saúde, sejam profissionais, seja a população em geral com o intuito de promover a saúde das gestantes, oferecendo subsídios para que elas repassem o conhecimento aos seus filhos, promovendo a saúde (SECRETÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOM PROGRESSO, 2009).

## 5.2 Projeto Midwifery

O projeto Midwifery foi criado em outubro de 1997 por um grupo de professoras, pesquisadoras e enfermeiras de serviço de uma maternidade escola. O projeto é desenvolvido em parceria com o Departamento de Enfermagem e a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da University of Bristol e University of England, ambas em Bristol na Inglaterra/UK, segundo convênio firmado entre CAPES e Conselho Britânico para o período 1998/2000 (DAVIM; BEZERRA, 2002).

O projeto geral visa à capacitação de enfermeiros obstetras para uma melhor assistência ao parto normal com base nas recomendações do Ministério da Saúde.

Ele foi criado na tentativa de motivar os enfermeiros assistenciais e docentes para a prática na área da obstetrícia, com objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal no Estado do Rio Grande do Norte que é uma região em que há uma deficiência muito grande na assistência ao parto. Buscou-se com o projeto um maior envolvimento dos enfermeiros especialistas no cuidado a mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, capacitando-os para uma assistência técnico-científica e humanizada (DAVIN; MENEZES, 2001).

No Projeto Midwifery, as parturientes são selecionadas segundo critérios pré-estabelecidos e acordados com a equipe médica e de enfermagem para o atendimento ao parto normal sem distócias, onde a intervenção médica só é realizada quando solicitada pela enfermeira (DAVIN; MENEZES, 2001).

Esse projeto tem como objetivo resgatar o caráter fisiológico no processo de nascer, proporcionando à mulher uma vivência positiva sem traumas e sem manobras invasivas no momento do parto. “O conforto físico é aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração desenvolvidos para minimizar o desconforto durante o trabalho de parto”. Esse modelo de assistência ao parto envolve componentes que colocam em harmonia a teoria científica com a natureza; o contexto ambiental com o contexto cultural no qual o papel da enfermeira obstetra é ajudar nas forças naturais do parto, mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo do parto natural vivenciando a ciência, a natureza e a ética e, além disso, promovendo modificações comportamentais de acordo com as respostas da mulher (DAVIM; BEZERRA, 2002).

Portanto o Projeto Midwifery vai a favor do que preconiza o Ministério da Saúde, pois os cuidados maternos através de profissionais especializados em enfermagem obstétrica constituem uma das suas metas, uma vez que esta medida é reconhecida como uma das

mais eficazes para a redução dos riscos na gestação e complicações ou mortes no parto, no país (DAVIN; MENEZES, 2001).

### 5.3 Hospital Sofia Feldman

Outra grande contribuição para o avanço da humanização do parto no Brasil tem sido dada pelo hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte.

O Hospital Sofia Feldman (HSF), é uma Instituição filantrópica de direito privado que pertence à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), localizado no Distrito Sanitário Norte, periferia de Belo Horizonte/MG.

É especializado na atenção à saúde da mulher e da criança no período perinatal. Seus recursos financeiros são provenientes da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde.

*Sua missão é: “Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial hospitalar, com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo”.*

O Hospital é referência obstétrica para uma população de aproximadamente 500.000 pessoas, moradoras nos Distritos Sanitários Norte, Nordeste e Venda Nova. Possui 134 leitos (67 obstétricos, 31 de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 26 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais), realiza cerca de 750 partos por mês, sendo em média 670 partos/mês na maternidade e 90 partos/mês no Centro de Parto Normal, no qual são realizados partos normais sem distócia.

A humanização é um dos pilares para o funcionamento da instituição e, por conta das suas ações desenvolvidas no cenário da atenção a saúde da mulher e da criança tem recebido vários prêmios, conforme a seguir:

- Título Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde/UNICEF, em 1995;
- Prêmio Cidadania e a Placa Ouro da Promotoria de Justiça de Minas Gerais, em 1997 e 1998, pela promoção e incentivo ao aleitamento materno e pela humanização da assistência, respectivamente;
- Classificação entre as 12 melhores maternidades do país, pela Revista Crescer da Editora Globo, em janeiro de 1998;
- Prêmio Galba de Araújo, do Ministério da Saúde, em maio de 1999;
- Classificação como finalista do Prêmio Criança 2002, da Fundação ABRINQ, pela instalação e manutenção do alojamento materno;

- Medalha do Mérito da Saúde, em março de 2004, na categoria de “Instituição Filantrópica Parceira do SUS”, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;
- Prêmio Amigas do Parto 2005, da ONG Amigas do Parto, em novembro 2005;
- Diploma de Honra ao Mérito, da Câmara Municipal de Belo Horizonte, em novembro de 2005;
- Certificação das iniciativas, Doula Comunitária e Programa de Internação Domiciliar Neonatal, como Tecnologias Sociais Efetivas, pela UNESCO, Petrobrás e Fundação Banco do Brasil, em novembro de 2005, passando a integrar o Banco de tecnologias Sociais dessa parceria.

Este hospital na busca pela atenção mais humanizada a gestante desenvolve diversas ações voltadas à mulher e a criança, dentre elas estão às seguintes:

- **Centro de Parto Normal:** inaugurado em 2001, constitui uma opção ao parto normal sem distócia, buscando resgatar o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto, celebrando o nascimento em família, permitindo o corte do cordão umbilical pelo pai ou outra pessoa da escolha da mulher.
- **Visita Aberta e Direito a Acompanhante:** valorização da presença de um acompanhante, a ser escolhido pela parturiente, durante o trabalho de parto e parto. Baseando-se Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000 que regulamenta a humanização na assistência e prevê o acompanhante 24 horas na rede hospitalar.
- **Doula Comunitária:** uma senhora da comunidade é recrutada e capacitada pela equipe multiprofissional do Hospital Sofia Feldman, para acompanhar a mulher durante o trabalho de parto, parto e o puerpério.
- **Amiga da Família:** o projeto Amiga da Família teve início em setembro de 1994, suas voluntárias atuam junto às mães dos recém nascidos da Unidade Neonatal, apoiando e auxiliando a mãe quanto ao aleitamento materno e encorajando-a a assumir alguns cuidados com o bebê, antes realizados pela voluntária ou pela enfermagem.
- **Casa das Sofias: uma alternativa digna e cidadã:** é um Projeto que se iniciou em Junho de 2006, em um espaço vizinho ao Hospital Sofia Feldman. Nesse projeto é dado acolhimento, orientação e assistência às mulheres com bebês internados na UTI Neonatal do Hospital, grávidas de outros municípios e as que, antes ou após terem sido atendidas, ainda não podem voltar para casa e nem ficar internadas (BRASIL, 2006).

Desta forma, pode-se considerar o hospital Sofia Feldman como modelo de atenção a gestante, pois ele oferece assistência multi e interdisciplinar, alojamento conjunto, favorecimento da presença do acompanhante em tempo integral, incentivo ao parto normal,

oferecimento de medidas não-farmacológicas para alívio de dor, entre outras ações preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção humanizada ao parto.

#### **5.4 O Trabalho das Doulas no Apoio a Gestante Durante o Trabalho de Parto**

A palavra “doula” vem do grego “mulher que serve”, contudo nos dias de hoje esse termo serve para designar às mulheres que dão suporte físico e emocional as gestantes no período pré-parto, parto e pós-parto (DUARTE, 2010).

Com o processo de institucionalização e medicalização da assistência ao parto, iniciado no século XIX, a tradição de familiares acompanharem o nascimento foi se perdendo, e as gestantes passaram a ficar sozinhas durante o trabalho de parto, sendo atendidas apenas pelos profissionais de saúde (LEÃO; BASTOS, 2001).

Nos hospitais o que se pode observar é uma crescente preocupação com os aspectos técnicos do parto por partes dos médicos, as enfermeiras obstétricas não conseguem dar atenção adequada à parturiente, pois hora se ocupam de uma, hora de outra mulher. Os auxiliares de enfermagem estão preocupados e atentos para que nada falte ao médico e a enfermeira obstétrica. O pediatra cuida do bebê, contudo falta quem cuide especificamente do bem estar físico e emocional da gestante, e é com base nessa carência que se faz extremamente importante a presença de uma acompanhante treinada, ou seja, a doula, para dar orientação e suporte a mãe de modo que ela se sinta mais segura e confiante nesse momento tão especial (DUARTE, 2010).

Já está comprovado por diversas pesquisas que quando a parturiente é acompanhada pela doula há redução da duração do trabalho de parto e da utilização de medidas farmacológicas para alívio da dor, além da redução do número de cesáreas. Além de ser observado também um menor índice de depressão pós-parto e um aumento no número de parturientes que amamentam seus filhos nas primeiras seis semanas de vida (BRASIL, 2003).

A doula atua em todas as fases do parto e podem-se considerar como suas atribuições:

- No período pré-parto: a doula explica a parturiente todo o desenrolar do trabalho de parto, as intervenções e os procedimentos necessários para que a mulher possa participar de fato das condutas a serem tomadas. Ajuda a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas.
- Durante o parto: a doula serve como uma ponte entre a parturiente e a equipe médica, orienta a mulher a assumir posições mais confortáveis para o trabalho de

parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, etc., estimula o marido ou companheiro a participar de todo o processo, favorece a manutenção de um ambiente tranqüilo e acolhedor com silêncio e privacidade.

- No pós-parto: dá orientações à mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão; estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome da mãe, promovendo o contato pele-a-pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho, e posteriormente orienta à mãe quanto ao aleitamento materno e os primeiros cuidados com bebê (BRASIL, 2003).
- Um estudo realizado por Leão e Bastos (2001) demonstrou uma experiência bastante satisfatória com doulas no Hospital Sofia Feldman, no qual foi implantado em 1997 o Projeto “Doula Comunitária”, conforme já discutimos anteriormente. Nesse hospital as doulas foram selecionadas pela comunidade e por uma equipe composta por assistente social, enfermeira e psicólogo. Essas mulheres foram treinadas por uma equipe multiprofissional do hospital recebendo orientações quanto à gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com bebê, planejamento familiar, papel da doula, rotinas da instituição e comportamento ético. O projeto tem obtido ótimos resultados. Após sua implantação uma média de 70% das gestantes são acompanhadas durante o trabalho de parto, por familiares ou por doulas.

A presença da doula durante processo do parto não é algo caro e não requer infraestrutura ou aparelhagem específica, por isso sua participação deve ser incentivada nos hospitais e até mesmo no PSF durante o período pré-natal, uma vez que a atuação destas mulheres não tem contra-indicação, pelo contrário tem se demonstrado efetivo na atenção humanizada à gestante.

## **6. ATENÇÃO HUMANIZADA À GESTANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO - ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA**

### **6.1 O Papel do Fisioterapeuta na Humanização do Parto**

No campo da Obstetrícia o fisioterapeuta tem ocupado uma posição importante na equipe que assiste a gestante, pelo menos desde 1912, quando a fisioterapeuta Dra. Minnie Randell, uma das primeiras a levar os princípios da fisioterapia à obstetrícia, juntamente com o obstetra Dr. J. S. Fairbain desenvolveram o conceito de “Obstetrícia Preventiva”, no St. Thomas Hospital, em Londres. Randell e Fairbain criaram um programa de exercícios no leito, auxiliando a recuperação física no pós-parto e ensinando o repouso através do relaxamento, evitando a imobilização constante no leito que era algo costumeiro naquela época em que as mulheres permaneciam cerca de três semanas em repouso absoluto e contínuo após o parto (POLDEN; MANTLE, 2000).

Já no pré-natal a fisioterapia surgiu um pouco mais tarde, contudo ainda com influência da Sra. Randall e do Sr. Fairban, estes agora influenciados pela Dra. Kathleen Vaughan, que percebeu que as gestantes sedentárias tinham partos mais difíceis do que as barqueiras e as camponesas, as quais mantinham uma vida mais ativa durante a gravidez, essa percepção os fez concluir que seria interessante voltar a atenção e realizar orientações às gestantes já no pré-natal (POLDEN; MANTLE, 2000).

No Brasil a fisioterapia aplicada à obstetrícia é uma das áreas mais recentes de atuação do fisioterapeuta, tendo sido determinada a sua obrigatoriedade no curso de graduação, em todo o território nacional, apenas a partir da reforma curricular de 1985. Porém a sua prática rotineira só foi implantada, pela primeira vez, no serviço ambulatorial da Maternidade Escola Hilda Brandão, em Minas Gerais, no ano de 1988, visando atender as gestantes, tanto no pré-natal como no parto e puerpério imediato. Por ser uma área de atuação recente aqui no Brasil ela ainda não está firmemente estabelecida dentro do quadro de profissões que respondem pela saúde da mulher, deixando o fisioterapeuta obstetra sem um papel bem definido nas equipes que auxiliam as gestantes (REVISTA O COFFITO, 2003).

Por isso se faz importante estabelecer claramente em quais circunstâncias o fisioterapeuta pode atuar nessa área. O papel do fisioterapeuta obstetra é o de ajudar a mulher a ajustar-se às mudanças físicas do começo ao fim da gravidez e do puerpério de modo a minimizar o estresse nesta fase tão peculiar da vida da mulher.

O fisioterapeuta quando inserido na equipe multiprofissional pode contribuir desde o início da gravidez, orientando e informando a mulher para que ela tenha uma boa qualidade de vida neste período. Ele pode também atuar formando grupos de gestantes no qual são trabalhados exercícios respiratórios, alongamentos e exercícios ativos para membros superiores, inferiores e coluna, exercícios para o assoalho pélvico (períneo), orientações sobre a maneira correta de realizar suas atividades de vida diária e hábitos cotidianos, como, por exemplo, levantar-se da cama, além dos cuidados com sua postura (CASTIGLIONE, 2005).

A assistência fisioterapêutica pode estar presente também durante o trabalho de parto incentivando o parto vaginal e valorizando a postura ativa e consciente da parturiente (BIO, 2007).

Imediatamente após o parto, o fisioterapeuta pode dar orientações gerais e prestar tratamento voltado para as alterações músculo-esqueléticas, respiratórias, circulatórias, entre outras que podem ocorrer (CASTIGLIONE, 2005). Pode ainda dar conselhos sobre a atividade física, ensinar exercícios pós-parto, orientar quanto à amamentação, além de realizar tratamentos especializados quando se fizer necessário, possibilitando o retorno das puérperas às suas atividades o mais rápido possível (POLDEN; MANTLE, 2000).

A atuação do fisioterapeuta é muito positiva no período da gestação, parto e pós-parto. Os conhecimentos que este profissional detém se cruzam eficazmente com aqueles dos demais membros da equipe, salientando que é de suma importância à atuação multidisciplinar diante da mulher neste momento tão importante e complexo de sua vida (CASTIGLIONE, 2005).

## **6.2 Atenção à Gestante no Pré-parto**

A gestante, em suas idas e vindas na busca de seus objetivos, experimenta sentimentos contraditórios que, às vezes, a deixam sem rumo para seguir. Tais sentimentos oscilam dentro de um misto de medo, angústia, desesperança, insegurança, felicidade e alegria ao ter a sensação da realização do sonho de quase todas as mulheres – ter um filho (STEFANELLI, 2002).

O estresse e as preocupações acompanham a mulher em seu período gestacional e, portanto, há necessidade de um tratamento acolhedor e pessoal, chamá-la pelo nome, participar das decisões e do diálogo informal com os profissionais são elementos de um atendimento que faz a diferença e não envolvem grandes tecnologias. Em momentos como este o profissional de saúde intervém, não apenas com seu conhecimento técnico, mas

realizando uma abordagem relativa ao aspecto orgânico da gestante, possibilitando a escuta, conversa, apoio e incentivo para que a mesma assuma a gravidez (SILVA, 2002).

Delfino et al., (2004), referem que nos serviços de saúde, durante anos a assistência à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente à consulta médica individual. As ações de saúde não proporcionam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Assim sendo, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade.

Com base nisso e no que é preconizado pelo Ministério da Saúde quanto à humanização do parto e nascimento, deve-se agregar na assistência à gestante, técnicas adequadas, não realizando somente o atendimento médico, mas sim inserindo nesse contexto o atendimento multiprofissional no qual o fisioterapeuta deve estar incluído, de modo a contribuir de forma efetiva para melhora da qualidade de vida das futuras mães.

É no período pré-natal que a gestante deve ser orientada quanto às etapas que vivenciará durante o pré-parto, no trabalho de parto e no pós-parto. Os esclarecimentos e a educação da gestante se fazem sempre necessários, pois uma mulher bem preparada e acolhida pode contribuir de maneira satisfatória para a evolução natural do parto. O conhecimento do próprio corpo, especialmente no que tange à morfologia e funcionamento interno e externo dos órgãos envolvidos no processo de gestação e parto, é de fundamental importância para a eficácia do trabalho fisioterapêutico com gestantes (BARACHO, 2007).

Segundo Bim e Parego (2002), as metas principais do fisioterapeuta em seu trabalho com as gestantes no pré-natal são: promover uma melhor postura, uma maior percepção corporal e uma imagem corporal positiva, preparar os membros superiores para as demandas de cuidados ao bebê, preparar os membros inferiores para as demandas do aumento no peso a ser suportado e possível comprometimento circulatório, melhorar a percepção e o controle da musculatura do assoalho pélvico, manter a função abdominal e prevenir a diástase dos músculos reto-abdominais, promover ou manter um preparo cardiovascular seguro, informar a gestante sobre as mudanças que ocorrem na gravidez, melhorar a capacidade de relaxamento e evitar problemas.

Um estudo realizado por De Conti et al. (2003), no Serviço de Obstetrícia da Faculdade de Medicina Botucatu (FMB–UNESP), contribuiu para validar a relação direta entre a atividade fisioterápica e o controle dos sintomas de desconfortos músculo-esqueléticos na gestação. No estudo foram realizadas técnicas padronizadas de exercícios respiratórios, treino de Valsalva após a 36ª semana gestacional, cinesioterapia com exercícios de alongamento e fortalecimento para membros superiores e inferiores adaptados para a gestação, sessões de orientações posturais, treinos para realização das atividades

de vida diária e ao final de cada encontro as gestantes eram orientadas a praticar as atividades fisioterápicas em casa, com frequência mínima de três vezes por semana. O acompanhamento fisioterapêutico desenvolvido no estudo mostrou-se altamente eficaz no controle dos desconfortos músculo-esqueléticos na gestação, demonstrando a importância da atuação da fisioterapia nesta fase.

Neste sentido é de extrema importância enfatizar os benefícios dos exercícios cinesioterápicos quando realizados desde o início da gestação, pois estes atuam no controle postural da coluna vertebral, previnem dores, evitam um trabalho de parto prolongado, ajudam no controle da ansiedade e estresse, e reduzem o número de indicações ao parto cesárea trazendo inúmeros benefícios à saúde materno-fetal (BIO, 2007).

Durante a assistência pré-natal a gestante deve ser orientada respeitando sua individualidade e suas expectativas com relação à amamentação. O fisioterapeuta obstetra certamente encontrará mulheres nas aulas de pré-natal que decidiram não amamentar por diversas razões. É de grande valia que as mulheres conheçam todas as vantagens da amamentação tanto no que se refere aos benefícios a elas mesmas quanto aos seus bebês e somente de posse desse conhecimento, decidir o que fazer (POLDEN; MANTLE, 2000).

Neste sentido o fisioterapeuta pode contribuir ainda avaliando o preparo físico das mamas que pode ser observado de acordo com a condição evolutiva gestacional, verificando se há simetria mamária, protusão mamilar, observando se esta é suficiente para um eficiente processo de amamentação e, ainda, se existe presença de nódulos ou outras alterações (BARACHO, 2007).

As mães podem ainda enrijecer os mamilos durante a gravidez preparando-os para a amamentação através de técnicas simples e eficazes (STEPHENSON e O'CONNOR, 2004).

A técnica de Hoffman para o estiramento e falência de adesões na base de mamilos planos ou invertidos pode ser sugerida como uma terapia. Para as mulheres que não gostam de massagear ou tocar suas mamas, essas técnicas podem ajudar a superar tais problemas; ao ver umas poucas gotas de colostro, a mulher pode sentir-se confiante de que seu corpo está se preparando para alimentar seu bebê. (POLDEN e MANTLE, 2000).

Ainda durante os atendimentos no pré-natal, o fisioterapeuta pode orientar a gestante quanto à numeração do sutiã, pois um sutiã bem ajustado melhora a postura e pode minimizar dores nas costas (STEPHENSON E O'CONNOR, 2004).

Mães jovens podem não gostar da idéia de usar sutiã durante a gravidez ou enquanto amamentam. Essas mães devem ser informadas que o peso aumentado pode tornar as mamas caídas e flácidas. O fisioterapeuta pode ainda falar sobre os suportes adicionais que podem ser necessário na gravidez, como coletes, faixas e meias elásticas (POLDEN; MANTLE, 2000).

Outro ponto a ser considerado na atenção à gestante no pré-natal é a questão da presença do acompanhante. Segundo o Ministério da Saúde (2003), a presença do acompanhante reduz o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas.

Segundo Makuch, Osis e Cecatti (2007), em relação à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a maioria dos médicos considera necessária uma preparação para o acompanhante, uma vez que este sem o devido preparo pode dificultar o trabalho da equipe no centro obstétrico.

Com isso se torna fundamental que a promoção da saúde materno-fetal inicie-se com ações educativas e preventivas que incluem uma assistência total à gestante e ao seu companheiro, fazendo com que conheçam a funcionalidade do corpo e sua potencialidade.

É função do fisioterapeuta especializado em Saúde da Mulher trabalhar com o casal orientando-os e sensibilizando-os para que estejam preparados durante o momento do parto.

A atividade educativa inclui oferecer informações pertinentes à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, através de temas previamente escolhidos e apresentados pelos profissionais de saúde e discutidos de maneira informal e numa linguagem compreensível.

Dessa forma pode-se dizer que a natureza flexível da fisioterapia permite ao profissional desenvolver relacionamentos estreitos com as pacientes. Esse relacionamento, acrescentado ao conhecimento de cinesiologia, fisiologia e dinâmica familiar torna os fisioterapeutas incomparavelmente qualificados para a assistência às gestantes em todas as etapas da gestação (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

### **6.3 Atenção à Gestante Durante o Trabalho de Parto**

A menção do parto humanizado é fazer com que o ato de ser mãe e trazer o filho à luz, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades do corpo de cada mulher, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível no processo de nascimento.

O que vemos hoje é a padronização de condutas que têm por objetivo facilitar e apressar o nascimento dos bebês, contribuindo para o aumento de cesarianas e intervenções cirúrgicas impróprias ou desnecessárias. A excessiva intervenção médica no nascimento cria sentimentos de insegurança no que envolve o trabalho de parto, portanto

cabe à mulher poder reencontrar sua autonomia, requerendo, uma nova postura dos profissionais que a assistem (OSAVA, 2003).

Enning (2000), afirma que o ideal seria que toda mulher enxergasse o parto como o ato verdadeiro de dar a luz, um processo espontâneo, sem necessidade de grandes intervenções, e não considerá-lo como um ato médico.

Um estudo realizado por Nagahama e Santiago (2008), sobre práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde apontaram para um modelo assistencial marcado pelo peso da herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor do processo. Identificaram-se vários obstáculos para implantação do cuidado humanizado dentre eles: o desconhecimento de direitos da gestante na atenção ao parto e nascimento; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre o profissional de saúde e a parturiente; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência e a prática institucional e profissional que na maioria das vezes não incorpora a idéia do parto como evento familiar e direito reprodutivo.

Aguiar (2010) realizou uma pesquisa com 21 puérperas atendidas em maternidades públicas de São Paulo e 18 entrevistas com profissionais de saúde que atendiam em diferentes maternidades do mesmo município na qual revelou uma violência institucional que reflete certa erosão do poder médico, no seu exercício cotidiano nas relações interpessoais. Os dados revelam que profissionais e puérperas reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas com tal frequência que muitas vezes já se torna esperado pelas pacientes que sofram algum tipo de maltrato. Dificuldades estruturais, a formação pessoal e profissional, e a própria impunidade desses atos foram apontados como causa para a violência institucional. Os relatos demonstram também uma banalização da violência institucional através de jargões de cunho moralista e discriminatórios usados como brincadeiras pelos profissionais; e na naturalização do parto como preço a ser pago para se tornar mãe.

Outro estudo realizado por Teixeira e Pereira (2006), mostra as vivências de mulheres que se submeteram ao parto normal hospitalar do SUS na periferia de Cuaibá. Os resultados revelaram um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito aos princípios do Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde, como podemos ver no relato que segue em entrevista concedida por duas gestantes:

*O médico disse que era prá mim só fazer força, já só prá ter o nenê. Eu não tava conseguindo fazer força, não tava, e aí a hora que eu tava quase desmaiando, passando mal, eles vieram e aplicaram um soro ni mim*

*aí eu reanimei e aí fiz força, e nasceu. (...) Falaram que me amarraram prá mim não poder levantar, né? Eu tava levantando prá poder ter força prá ter o nenê. (...) Eu achei que não era necessário, eu não gostei nada. Eu achei um absurdo. Mas eu não perguntei por que eles tavam me amarrando, não, fiquei quieta. Quem amarrou foi o médico, e as enfermeiras. Ah! Eles eram muito estúpidos... (Ent. 8) O médico ficou bravo comigo, e a enfermeira ficou falando um monte de coisa, né, do lado dele apoiando ele. Ela falou assim [...] na hora de fazê faz na boa, mas na hora de vim aqui, fica aí ó [...]. a gente pede prá fazê um toque fica aí reclamando que tá com dor aí! E se não quisesse vim para o hospital não engravidasse. (Ent.2).*

A maioria dos profissionais de saúde vê a gestação, o parto e puerpério como um processo biológico em que o patológico é mais valorizado, esquecendo-se do seu real papel que é promover o bem estar físico, psíquico e social da mulher e do bebê.

Para mudar esta realidade segundo Aguiar (2010) é necessário que se tenha consciência da importância da humanização da equipe de saúde. Em sua pesquisa quando perguntado aos profissionais sobre sugestões de mudanças na instituição onde trabalham, os entrevistados apontaram como melhoria o incremento de recursos humanos (aumento dos profissionais obstetras, anestesistas, enfermeiros obstétricos e doulas voluntárias da comunidade no período noturno), maior consenso entre profissionais quanto às condutas, mudanças na estrutura física, melhor qualidade técnica e humana, ética das equipes, maior rigor nos critérios de contratação de profissionais, visando não só aspectos técnicos como também éticos e pessoais (como gostar de trabalhar com gestantes), melhoria na qualidade do pré-natal realizado na UBS, a fim de preparar melhor a paciente para o trabalho de parto.

A humanização muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção significa estreitar relações interprofissionais, que possibilitem aos profissionais de saúde reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração junto à razão, se manifestem nas relações de trabalho do dia-a-dia (BACKES; FILHO; LUNARDI, 2005).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes na experiência do parto e nascimento e têm um papel importante neste evento, se não agissem com práticas rotineiras, poderiam desempenhar melhor seu papel colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê. Desta forma poderiam atuar prestando uma atenção mais humanizada a gestante, minimizando sua dor, ficando ao seu lado, dando conforto, esclarecendo, orientando, enfim ajudando a parir e a nascer (BRASIL, 2003).

Como se pode perceber a humanização do parto não é prática freqüente na maioria dos hospitais brasileiros, por isso se faz necessário à implantação urgente de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como

fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, que são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e ao mesmo tempo específica para atender às necessidades das gestantes, seus parceiros e familiares durante o momento do parto, onde cada profissional deverá contribuir com uma assistência mais respeitosa e humanizada garantindo às gestantes o que lhes é de direito.

Estudos demonstram que a presença do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto não é uma prática bem estabelecida, tampouco incluída no sistema de saúde, contudo esse profissional deve assistir a gestante durante o parto e acompanhá-la à sala de parto, integrar-se à equipe obstétrica, estimulando sua participação ativa no parto, orientando a força diafragmática e abdominal para expulsão fetal, fato que contribui para a redução do número de cesáreas e diminuição da duração do trabalho de parto (BIO, 2007).

No sentido de se ter uma pessoa preparada para acompanhar a gestante nesta fase, há nos dias atuais uma tendência em se ter a doula como acompanhante. Doulas estão se tornando bem vindas, apreciadas e recomendadas nas maternidades. Os benefícios que promovem vão muito além das reduções expressivas em intervenções cesarianas (mais de 51%). Já foi provado que mulheres assistidas no parto por uma doula obtiveram maior satisfação com a experiência de dar a luz, elevaram a alta estima, sentiram-se mais positivas com seus bebês e diminuíram as taxas de depressão pós-parto (FADYNHA, 2003).

A profissional de fisioterapia devidamente especializada pode atuar durante o parto como Doula, pois é a profissional devidamente treinada e qualificada para dar o suporte necessário durante o trabalho de parto.

O fisioterapeuta pode atuar ainda através de suas técnicas, facilitando a progressão do trabalho de parto, colocando o bebê na posição mais propícia para o nascimento, aumentando as contrações e melhorando a dilatação do colo uterino de modo a facilitar o parto (FADYNHA, 2003).

Cabe ao fisioterapeuta avaliar qual a posição mais fácil, eficiente e prazerosa para facilitar a insinuação fetal. Assim como estimular a deambulação que segundo Jica (2000), melhora a circulação e estimula o útero a funcionar eficientemente.

Os trabalhos de parto que incluem livre caminhar são tidos como mais curtos e menos propensos a receber medicamentos analgésicos.

Poldem e Mantle (2000) *apud* Roberts et al., (1983) diz que a mudança de uma posição para outra é o que realmente estimula a atividade uterina eficiente.

Outro ponto a ser considerado na abordagem fisioterapêutica durante o trabalho de parto é a questão da dor.

Boaretto (2003), explica que, apesar da satisfação da mulher com o seu parto não estar relacionada à ausência da dor, deve-se lembrar que o enfrentamento da dor é

condicionado pelo ambiente e pelo suporte que ela recebe dos profissionais e acompanhantes.

A OMS recomenda amplamente o uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor pela possibilidade de produzir muitos benefícios para a maior parte das mulheres, que não são obtidos com o uso de qualquer outro método farmacológico.

O fisioterapeuta dispõe de diversos recursos que podem ser utilizados, dentre eles podemos mencionar a água morna e a respiração que produz um efeito relaxante diminuindo a dor.

O relaxamento conseguido através da água ou através de técnicas de meditação e respiração permite que a parturiente não lute contra a dor, e ajudam a aumentar a oxigenação durante as contrações e o relaxamento durante os intervalos.

A massagem também é um importante recurso, pois os impulsos nervosos gerados pela massagem em determinadas regiões do corpo vão competir com as mensagens de dor que estão sendo enviadas ao cérebro, o que reduz as sensações de dor. Além disso, um simples toque pode comunicar uma sensação de companhia, carinho e compartilhamento (Cirne, 2009).

De acordo com Cirne (2009), há diversos recursos que o fisioterapeuta poderá usar para lidar com a dor incluindo, o silêncio, a privacidade, ambiente discreto com pouca iluminação, música relaxante, aromas, enfim todo recurso ambiental é válido e não deve ser desprezado, desde que seja de escolha da parturiente, e que seja disponibilizado nos momentos e intensidades desejados por ela.

O corpo da mulher transforma-se naturalmente para que seja possível abrigar o seu bebê, alimentá-lo e permitir o seu desenvolvimento até a hora do nascimento. Um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais da saúde, deve ser enfatizado, quando necessário, auxiliando, orientando e preparando a gestante para enfrentar as transformações decorrentes da gestação com melhor qualidade de vida. Para que estes objetivos sejam alcançados a inclusão do fisioterapeuta na equipe obstétrica é extremamente importante, pois seu trabalho promove benefícios à mãe e ao bebê, previne complicações e diminui o tempo de internação e recuperação da gestante, contribui para controlar o peso, corrigir a postura, aumentar sua resistência, manter o tônus muscular, fortalecer e dar flexibilidade aos músculos, além de proporcionar grande bem-estar físico e mental.

## 6.4 Atenção à Gestante no Pós-parto

O pós-parto também chamado de puerpério, é o período com duração média de 6 a 8 semanas em que as modificações imprimidas no corpo materno durante a gestação irão retornar ao estado pré-gravídico (NEME, 2000; REZENDE, 2002). Este período pode ser dividido em três estágios, podendo diferir de autor para autor.

Para Neme (2000), o período pós-parto pode ser dividido em 3 momentos: pós-parto imediato (1º ao 10º dia após a parturição), pós-parto tardio (11º ao 45º dia) e pós-parto remoto (além de 45 dias).

No pós-parto imediato ocorrem as mais diversas alterações fisiológicas, assim como o surgimento de complicações. Já o pós-parto tardio é o período em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. E o pós-parto remoto é um período com duração imprecisa, dependente do período de amamentação (REZENDE, 2002).

Na literatura científica pouco se conhece sobre a atuação da fisioterapia no pós-parto, pois não é descrito detalhadamente esta fundamental assistência, muito embora seja de suma importância para uma melhor recuperação das puérperas. O papel do fisioterapeuta no pós-parto consiste na orientação, recuperação, prevenção e tratamento de alterações em todos os sistemas (RETT et al., 2008).

A princípio deve ser realizada uma avaliação pós-natal dentro das primeiras 24 horas, onde o fisioterapeuta deve avaliar cada nova mãe para determinar as suas necessidades prioritárias. (POLDEN; MANTLE, 2000).

O atendimento inicia-se com a reeducação diafragmática, através da propriocepção em decúbito dorsal ou sentada, onde a puérpera coloca as mãos sobre o tórax e sobre o abdome enquanto respira profundamente. Em caso de pós-cesáreas os exercícios respiratórios são de grande importância, pois o uso de anestesia deprime o sistema respiratório, podendo acumular muco nos pulmões (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A normalização da função intestinal deve ocorrer até o quarto dia após o parto, para isso é importante estimular o peristaltismo intestinal que neste período mostra-se diminuído, além de medida de profilaxia de tromboembolismo (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Os exercícios circulatórios de membros inferiores devem ser realizados e enfatizados após a alta hospitalar. Tais exercícios, associados ao estímulo à deambulação precoce, são práticas importantes, uma vez que estimulam o peristaltismo intestinal, auxiliam a prevenção dos fenômenos tromboembólicos, ajudam no retorno venoso e diminuem o edema puerperal. Pavesi, Davanzo e Saldanha (2003) *apud* Rett (2008).

Outro fator a ser considerado é que, durante a gestação, pelo fato de o feto se desenvolver de maneira bastante volumosa no interior da cavidade uterina, ocorre um

aumento da cavidade, podendo fazer com que a musculatura sofra alterações como afastamento das massas musculares na linha média. (REZENDE 2002).

Polden e Mantle (2000), afirmam que as formas como as paredes abdominais se adaptam ao grau requerido de distensão é considerável. As fibras musculares permitem estiramento, mas os componentes de colágeno (a aponeurose, as bainhas fibrosas e nas intersecções, e a linha alba) provavelmente sofrem mudança estrutural para prover extensibilidade extra necessária. A distância entre os dois músculos retos abdominais pode ser vista dilatando-se do começo ao fim da gravidez e a linha alba pode até dividir-se sob o esforço, o que caracteriza a diástase de reto abdominal.

Polden e Mantle (2000), sugerem que as mulheres cujas gestações exigiram prolongada inatividade, ou aquelas que habitualmente fazem pouco exercício verificarão que seus músculos abdominais estão fracos. Tendo em vista tais acometimentos, torna-se claro que a atuação da fisioterapia preventiva com exercícios supervisionados no pós-parto imediato e tardio, ajudam na recuperação dessa musculatura.

No puerpério se faz necessário uma atenção maior aos músculos do assoalho pélvico, pois a gravidez e a via de parto são fatores de risco para alteração da força desse grupo muscular. O peso corporal materno e o peso do útero gravídico aumentam a pressão sobre essa musculatura. Os processos fisiológicos seqüenciais durante a gestação e o parto lesam o suporte pélvico, o corpo perineal e o esfíncter anal, sendo estes fatores determinantes em longo prazo para o surgimento das perdas urinárias (BARBOSA et al., 2005).

A fisioterapia pode atuar na prevenção de tais disfunções através da cinesioterapia, cujos efeitos nos músculos do assoalho pélvico revelaram aumento significativo na pressão e na força durante a gestação (ALBRESCHT; OLIVEIRA 2006). O que ajuda na prevenção da incontinência urinária e na reabilitação precoce no pós-parto.

A mulher no pós-parto deve estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar pela amamentação, mas isto só não basta, muitas vezes ela precisa contar com o apoio de um profissional habilitado a ajudá-la a dar continuidade nesse processo (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

Para algumas mulheres, colocar o bebê em seus seios logo após o nascimento, é uma reação instintiva, mas para muitas a amamentação terá de ser uma arte aprendida e essas mães e bebês irão precisar de ajuda para estabelecer uma amamentação bem sucedida (POLDEN; MANTLE, 2000).

Neste contexto o fisioterapeuta pode contribuir oferecendo orientações e preparando a mulher para amamentação realizando avaliação das mamas, verificando a simetria e a condição mamilar, além da presença de colostro (BARACHO, 2007).

As dores nos mamilos, causadas na maioria das vezes pelo posicionamento incorreto do bebê ao seio e a presença de traumas mamilares, caracterizam os principais motivos que levam muitas mães ao desmame precoce. Vale ressaltar que a amamentação facilita a liberação de lóquios e acelera a involução uterina. Observando essa situação, o fisioterapeuta, junto com a equipe dos profissionais da saúde, oferece orientações, por exemplo, quanto à postura correta durante a amamentação, contribuindo para os baixos índices de traumas mamilares e dificuldade de amamentar (RETT, 2008).

A amamentação no seio, mesmo quando bem instituída, pode criar dificuldades, os bebês precisam ser alimentados várias vezes ao dia, o que pode aumentar o cansaço da mãe. A onda de pressão da língua do bebê nos seios lactíferos que ocorre durante amamentação pode provocar dores agudas em algumas mulheres. O fisioterapeuta pode auxiliá-las debatendo o uso do relaxamento consciente e da respiração profunda que podem ajudar a mãe a superar esses incômodos. (POLDEN; MANTLE, 2000).

O fisioterapeuta pode ainda auxiliar orientando a mãe quanto ao seu correto posicionamento durante a amamentação. Ela pode sentar-se no leito ou em uma poltrona, quando sentada na poltrona pode sentir-se mais confortável colocando um banco para os pés. Se a mãe estiver deitada de lado, a sua cabeça deve ficar bem apoiada com travesseiros bem colocados até o seu pescoço. (POLDEN; MANTLE, 2000).

Durante a amamentação, os pés devem estar apoiados, de forma que os joelhos e quadris estejam em 90° de flexão. A coluna vertebral deve estar confortavelmente apoiada. O braço deve estar apoiado sobre uma almofada para que a mãe não tenha que sustentar o peso da criança ao amamentar. Ela deve apenas apoiar a cabeça do bebê. Pode-se utilizar uma almofada em formato de ferradura, que apóia o braço da mãe e a cabeça do bebê (BARACHO, 2007).

É indicado também que as mulheres participem de aulas pós-natais acompanhada de seu bebê, com o objetivo de trocar experiências, debater problemas, e achar soluções juntas. Isso deve ser incentivado, pois permite que se apresente um ensino valioso relativo às novas atividades, principalmente a alimentação do bebê e a troca de fraldas, que se for feito de modo incorreto pode fazer com que as mães tenham dores nas costas e no pescoço (POLDEN; MANTLE, 2000).

Neste sentido, o papel da fisioterapia se estabelece através da realização de alongamentos dos grupos musculares específicos e orientações quanto ao posicionamento correto ao segurar o bebê e amamentá-lo (BARACHO, 2007).

Além disso, levar o bebê aos encontros é uma boa oportunidade para orientar a mãe sobre Shantala que se constitui em uma massagem para bebês, de origem indiana, trazida ao Ocidente pelo médico francês Frédérick Leboyer, visando o equilíbrio físico, emocional e energético, podendo ser praticada a partir do primeiro mês de vida do bebê de modo a

combater as cólicas, insônia, melhorar a digestão e ainda ajudar a aprofundar a relação de afetividade entre mãe e filho. Walker (2000), refere que durante os primeiros meses de vida, os bebês se recuperam de sua posição fetal e para isso esticam os músculos, abrem as articulações e coordenam os movimentos, portanto a massagem é fundamental nesta fase, uma vez que proporciona uma força de coesão que ajuda a coordenação muscular e prepara o bebê para executar atividades e habilidades físicas de forma coordenada.

Assim, a mulher necessita no período pós-parto de suporte social, familiar e de um acompanhamento multiprofissional. A fisioterapia obstétrica embora não seja uma prática comum tanto nos hospitais como em postos de saúde é de extrema importância para a puérpera, pois dispomos de um arsenal terapêutico que se escolhido corretamente produz vários efeitos positivos comprovados cientificamente.

## 7. DISCUSSÃO

A humanização do parto é algo bastante discutido na literatura, e muito preconizado pelo Ministério da Saúde, contudo na prática estudos demonstram que este ainda não é um processo bem estabelecido e que são poucos os que adotaram e tem praticado esta idéia.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) o conceito de humanização no pré-natal e nascimento é bastante amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que tem por objetivo promover um parto e nascimento saudável, assim como, prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. A humanização deve estar presente já no pré-natal de modo a garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando as intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia.

Embora os preceitos de humanização do parto estejam muito bem estabelecido pelo Ministério da Saúde, na prática, contudo, não podemos vivenciá-lo, o que se vê na verdade é um despreparo muito evidente por parte dos profissionais de saúde que ainda não conseguiram entender qual o real sentido da palavra humanização.

O que se percebe, é que tais profissionais não são bem preparados para atuar num contexto humanizado, durante sua formação, as doenças e as intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior valor. Entretanto a gestação é um processo natural e que decorre geralmente sem complicações, mas por causa de uma formação inadequada, em que os estudantes são treinados para adotar técnicas rotineiras, estes acabam não conseguindo avaliar quando realmente há necessidade de intervir. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Alguns autores como D' Orsi (2005) e Reis e Patrício (2005), citam em seus estudos a excessiva medicalização do parto e nascimento que resulta na utilização cada vez mais freqüente de técnicas intervencionistas, como o uso da ocitocina, da episiotomia, da tricotomia, da amniotomia, entre outras.

Outra intervenção comumente utilizada pelos médicos e bastante discutida na literatura é o parto cesárea. Indicadores do Ministério da Saúde demonstram um aumento crescente na realização das cesarianas, o que nos leva a crer que os médicos vêm utilizando este procedimento indiscriminadamente sem fazer um balanço efetivo entre os riscos e benefícios que esta intervenção pode causar (BARBOSA et al., 2003).

No Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são realizados 76% do total dos partos, as taxas de cesárea aumentaram de 25% em 1999 para 32% em 2007. No setor de saúde suplementar, a taxa de cesariana aumentou de 64,5% em 2003 para 83,7 em 2006 (BRASIL, 2006).

Este aumento crescente no número de cesarianas também pode ser observado em nossos estudos através do levantamento feito junto ao Hospital da Universidade São Francisco. Esse levantamento demonstrou que de 2007 a 2010, período ao qual se limitou o estudo, houve um aumento progressivo no número de cesarianas realizadas no HUSF. Em 2007 as cesarianas representaram 50% dos partos realizados, em 2008 corresponderam a 53%, em 2009 a 55% e até junho de 2010, já representavam 61% de todos partos realizados na instituição.

A Organização Mundial de Saúde preconiza que se evite a utilização de práticas intervencionistas desnecessárias, as quais, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém nascido, pelo contrário, podem acarretar inclusive, maiores riscos para ambos. Dessa forma, devem-se buscar medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, medidas e procedimentos tais como: presença de um acompanhante na hora do parto, monitoração do bem estar físico e emocional da mulher, dar as gestantes informações e explicações segundo sua necessidade, respeitar o direito de privacidade, dar a ela liberdade para caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar, oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos para alívio da dor, permitir o contato precoce com o bebê, oferecer alojamento conjunto e incentivar o aleitamento materno (WROBEL & RIBEIRO, 2006).

Com os estudos avaliados percebemos uma dificuldade muito grande na implementação da Política Nacional de Humanização do Parto. Buscamos identificar alguns programas existentes de humanização do parto no Brasil, contudo estes se demonstraram bastante escassos. Em nossos estudos foram identificados 4 projetos que englobam a humanização do parto, sendo eles o Programa Gravidez Saudável, Parto Humanizado, desenvolvido no Município de Bom Progresso, Projeto Midwifery, Projeto desenvolvido pelo Hospital Sofia Feldman e o trabalho realizado p Doulas no apoio às gestantes durante o trabalho de parto.

Estes trabalhos têm como meta o pré-natal e nascimento mais humanizado, o Programa Gravidez Saudável, Parto Humanizado desenvolve um trabalho voltado para a atenção a gestante desde o pré-natal. Neste programa a gestante é acompanhada desde o início da gestação até o primeiro ano de vida do bebê por uma equipe multidisciplinar comprometida com o cuidado humanizado à saúde (SECRETÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOM PROGRESSO, 2009). Este projeto embora tenha sido criado e implantado há apenas um ano pode ser considerado como um grande avanço no processo de humanização do parto, uma vez que pode servir como modelo para outras iniciativas.

Os demais projetos que encontramos em nossos estudos já são melhores estruturados, pois foram implantados já há algum tempo como é o caso do Projeto Midwifery, implantando em 1997 na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), no Rio

Grande do Norte e o projeto desenvolvido pelo Hospital Sofia Feldman, que teve sua história iniciada em meados da década de 70 quando a Sociedade São Vicente de Paulo representada pelo Sr. José de Souza Sobrinho, resolveu construir um hospital, preocupada com as dificuldades encontradas para internação de pacientes sem cobertura previdenciária, os chamados “*indigentes*”, o mesmo ocorre nos caso das Doulas, cuja implementação foi discutida já no primeiro documento do Programa de Humanização do Parto (PHPN), elaborado em 2000.

Todos estes programas têm como pilares uma assistência humanizada à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto. Estes programas buscam resgatar o caráter fisiológico no processo de nascer, proporcionando à mulher uma vivência positiva sem traumas e sem intervencionismos desnecessários no momento do parto.

Dentro destes programas o que se pode perceber é que fica bem estruturado o caráter de atuação multiprofissional. A mulher é assistida por diversos profissionais que colocam seus conhecimentos a favor da atenção à gestante, algo que é bastante preconizado pelo Ministério da Saúde.

Dentro deste contexto é que se insere o trabalho do fisioterapeuta, que pode atuar desde o início da gestação até o nascimento do bebê, informando, orientando, prevenindo e se necessário tratando a gestante, caso apareça alguma dor ou desconforto neste período.

Como se sabe o fisioterapeuta atua avaliando e tratando quaisquer problemas músculo esqueléticos, tais como as dores nas costas, por exemplo, além de ser um profissional experiente capaz de fazer com que a gestante consiga um relaxamento efetivo, através da respiração atenta e posicionamentos corretos. No período pós-parto ele dará conselhos sobre a atividade física, ensinará exercícios pós-parto e, quando necessário, dará tratamentos especializados (POLDEN; MANTLE, 2000).

A função do fisioterapeuta não é apenas tratar quando for preciso, mas também ser membro da equipe obstétrica, visando em primeiro lugar a prevenção e, quando esta falhar atuar de modo a conter e diminuir o problema (BIM; PEREGO, 2002).

Percebemos em nossos estudos que a atuação da fisioterapia na obstetrícia ainda é algo bastante novo, contudo estes profissionais têm muito a oferecer atuando na equipe multidisciplinar, na assistência ao pré-natal e nascimento, contribuindo para uma atenção cada vez mais humanizada à gestante nesse período tão especial em sua vida.

Pudemos perceber através desta revisão que humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Cabe a nós profissionais da saúde nos conscientizarmos de que nosso papel na assistência humanizada é promover assistência de qualidade a parturiente, desenvolvendo um trabalho multi e interdisciplinar de modo a promover o alívio da dor, proporcionando conforto físico, emocional e dando liberdade para parturiente escolher como deseja ter o seu bebê, através de suporte (material, pessoal e

emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranqüila e feliz. Além disso, devemos estar conscientes de nossas atitudes como profissionais de saúde ajudando a trazer uma nova vida ao mundo.

## 8. PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Após a revisão bibliográfica, os estudos realizados apontaram a deficiência que se tem quanto à existência de programas que visem um parto mais humanizado no qual se tenha uma participação ativa de uma equipe multiprofissional na assistência às gestantes, demonstraram também a importância e eficácia da atuação da fisioterapia durante todas as fases da gestação. Com base nisso propomos ações para um programa de humanização do parto e nascimento para ser implantado no município de Bragança Paulista no qual o fisioterapeuta esteja inserido.

### 8.1 Assistência Primária

Como vimos, não é uma prática comum a atuação do profissional fisioterapeuta na atenção primária no que tange a assistência à gestante. Com isso, o primeiro passo a ser dado para a implantação de um programa de humanização do parto, seria a inserção de pelo menos um fisioterapeuta obstétrico em cada Unidade Básica de Saúde assistindo a gestante e seu companheiro ou acompanhante, juntamente com os demais componentes da equipe de saúde desde o início da gestação.

Uma vez inserido na equipe multiprofissional o fisioterapeuta poderá incorporar ao pré-natal 8 encontros realizados com as gestantes e seus acompanhantes. Nestes encontros seriam desenvolvidas as seguintes ações:

- **1º encontro:** realização de palestra educativa voltada às gestantes e a seus companheiros ou acompanhantes, abordando os seguintes temas: sistema reprodutor feminino, alterações que ocorrem no corpo da mulher durante o período gestacional.
- **2º encontro:** realização de palestra educativa sobre o desenvolvimento do feto durante as várias fases da gestação e as repercussões que o uso de drogas, álcool e fumo podem causar ao feto.
- **3º encontro:** abordagem do papel do acompanhante durante a gestação e realização de orientações a este sobre as etapas do parto e como é possível ajudar oferecendo suporte emocional, através da presença contínua ao lado da parturiente promovendo medidas de conforto através de massagens e relaxamentos, técnicas de respiração, banhos, sugestões de posicionamentos e movimentações que auxiliem o progresso do trabalho de parto e diminuam a dor e o desconforto, deixando claro seu

papel como acompanhante enfatizando qual deve ser sua postura dentro do centro obstétrico e com os profissionais envolvidos.

- **4º encontro:** realização de palestra sobre os direitos do casal grávido.
- **5º encontro:** promoção da conscientização corporal e reeducação postural.
- **6º encontro:** dinâmica com as gestantes para esclarecimento de dúvidas, de modo a auxiliá-la a aplacar temores.
- **7º encontro:** realização de orientações quanto aos cuidados com o bebê e demonstração da técnica de massagem Shantala.
- **8º encontro:** realização de orientação e preparação da gestante para amamentação, no qual o fisioterapeuta com a finalidade de estimular o aleitamento materno desenvolverá ações voltadas ao preparo da gestante para a amamentação, realizando avaliação da mama, na qual é verificada se há simetria entre as mamas e se a protusão mamilar é suficiente para um eficiente processo de amamentação, posteriormente o fisioterapeuta orientará a gestante exercícios e técnicas que irão facilitar a amamentação, dentre elas podemos citar a técnica de Hoffman.

Além dos encontros será realizado um grupo de exercícios voltado especificamente às gestantes. Os quais ocorrerão 2 vezes por semana, com duração de 1 hora a se iniciar após a 12ª semana gestacional. No grupo de exercícios o fisioterapeuta trabalhará de modo a prevenir e controlar os sintomas de desconfortos músculo-esqueléticos, orientará a realização de exercícios para ajudar no parto e prevenir incontinência urinária (contração da musculatura perineal); exercícios para aliviar e prevenir dores nas costas; exercícios para melhorar a circulação e prevenir ou melhorar o inchaço; exercícios aeróbicos como caminhada com duração de tempo de pelo menos 20 minutos para garantir uma gravidez saudável.

## **8.2 Assistência Terciária**

Na atenção terciária, durante o trabalho de parto e parto o fisioterapeuta também deve compor a equipe obstétrica que assiste a gestante. Ele, através de seus conhecimentos, tem muito a colaborar com a equipe para que o parto transcorra de maneira mais natural possível, garantindo que a mulher possa assumir seu papel como protagonista e contribuir para evitar a utilização de intervencionismos desnecessários.

Para tal propomos agregar o fisioterapeuta à equipe obstétrica dos hospitais de Bragança Paulista, uma vez que pouco se vê sua atuação dentre a equipe multiprofissional durante o trabalho de parto e parto.

Muitas vezes pode-se imaginar que incorporar um fisioterapeuta à equipe obstétrica a cada turno de trabalho levará a um aumento de custos para o hospital, contudo, este profissional é altamente capacitado para atuar diminuindo os intervencionismos, como uso de ocitocina, episiotomia, anestésias e realização de cesarianas, que são intervenções que geram custos a instituição e que, com o trabalho deste profissional podem ser reduzidas, além de se evitar muitas complicações que podem decorrer destas intervenções como mais tempo de hospitalização e infecções a mãe e ao bebê, o que sem dúvidas leva a um grande aumento nos gastos hospitalares.

Como se sabe os profissionais que acompanham a gestante no modelo atual de assistência, geralmente são o médico, a enfermeira e os técnicos de enfermagem que não conseguem ter tempo suficiente para dar a atenção necessária a gestante, tampouco para acompanhar de perto a evolução de um parto vaginal. Devido a isso salientamos mais um motivo para a incorporação do profissional fisioterapeuta na equipe, pois este sim conseguiria desempenhar este papel, uma vez que ele dispõe de conhecimentos e habilidades para acompanhar a parturiente no processo de parto. É importante ressaltar também que se esta mulher já estiver sido acompanhada pelo fisioterapeuta no pré-natal ela e seu acompanhante com certeza já estarão bem preparados e muito mais seguros para este momento o que irá influenciar para uma boa evolução do trabalho de parto e na realização de um parto vaginal com o mínimo de intervencionismo.

Desta forma durante o trabalho de parto e parto o fisioterapeuta pode desenvolver as seguintes ações:

- Preparação e incentivo para o parto vaginal: a atuação do fisioterapeuta valoriza a responsabilidade da parturiente no processo por meio do uso ativo do próprio corpo, dessa forma ele contribui estimulando a parturiente a assumir a posição vertical (sentada, em pé, andando), a adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e de expulsão, evitando a posição de litotomia (supino com as pernas levantadas). Segundo Bio (2007), estas posturas aumentam a intensidade das freqüências das contrações, geram menos irregularidades no ritmo das contrações, aumentam a pressão do pólo cefálico sobre o colo uterino, levando à diminuição da fase ativa. Isso pode fazer com que o número de intervenções diminua, como por exemplo, o uso da ocitocina, além de reduzir o número de cesarianas, pois como se sabe muitos médicos optam por este procedimento por não haver profissionais suficientes para acompanhar as gestantes na evolução de um parto vaginal.

- Atuação no controle da dor: o fisioterapeuta é um profissional também capacitado para atuar junto à parturiente no controle da dor. Ele pode intervir através do uso da respiração, de massagens, banhos mornos e bolsas térmicas, além de garantir, à parturiente um ambiente silencioso, discreto, com pouca iluminação, com música relaxante e aromas, enfim todo recurso ambiental que seja de escolha da parturiente.
- Presença do acompanhante: o fisioterapeuta pode colaborar de modo a permitir e garantir o desejo e direito da mulher de ter o seu companheiro ou acompanhante da família durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio, o qual já deverá ter sido treinado durante o pré-natal como já fora discutido anteriormente;
- Monitoramento do bem-estar físico emocional da mulher durante o trabalho de parto até a conclusão do processo obstétrico: o fisioterapeuta atuará dando todo o suporte necessário à mulher, oferecendo o máximo de informações e de explicações segundo sua demanda;
- Contato precoce entre mãe e bebê: quando presente no centro obstétrico o fisioterapeuta pode atuar juntamente com a equipe de modo a garantir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.

### **8.3 Assistência Terciária e Primária – Cuidados Domiciliares**

Como vimos o papel do fisioterapeuta no pós-parto consiste na orientação, recuperação, prevenção e tratamento de alterações em todos os sistemas. Para tanto é necessário que se dê continuidade após o parto ao atendimento fisioterapêutico.

Propomos, então, que seja criado um serviço de fisioterapia para dar assistência as puérperas, tanto no pós-parto imediato, enquanto a puérpera ainda estiver hospitalizada, como no pós-parto tardio, no qual a fisioterapia poderá dar assistência através dos postos de saúde, para os quais elas deverão ser encaminhadas já na alta hospitalar.

No puerpério imediato a fisioterapia pode desenvolver as seguintes ações:

- Realização de orientações quanto ao posicionamento no leito;
- Controle da dor no local da incisão cirúrgica, quando realizado parto cesárea ou parto normal com episiotomia;
- Reeducação diafragmática;
- Estimulação do retorno venoso;
- Estimulação da normalização da função intestinal;
- Recuperação da tonicidade da musculatura abdominal;
- Fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico;

- Estímulo e ajuda para amamentação;
- Orientações e conscientização da importância de continuar o acompanhamento fisioterapêutico nas outras fases do puerpério.

No pós parto-tardio a fisioterapia pode atuar desenvolvendo as ações a seguir:

- Tratamento de cervicalgias, comuns neste período.
- Tratamento da diástase abdominal;
- Tratamento e reeducação postural, quando estes se fizerem necessários;
- Tratamento das tensões musculares;
- Condicionamento físico;
- Realização de visitas domiciliares, através das quais o fisioterapeuta orientará maneiras corretas de se realizar as atividades de vida diária, cuidados com o bebê, aleitamento e Shantala.

Portanto, o fisioterapeuta deve estar inserido no pós-natal tanto dentro de hospitais, como na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde, orientando as mães quanto ao aleitamento materno e ajudando na prevenção e tratamento de possíveis alterações que possa sofrer.

## 9. CONCLUSÃO

De acordo com os estudos realizados pudemos concluir que a humanização do parto é uma idéia que precisa ser difundida entre os profissionais de saúde. Os estudos demonstram que muito pouco se tem feito em prol de uma parturição mais humanizada, imperando ainda o modelo antigo no qual se destacam a medicalização do parto e o uso de intervenções desnecessárias, sobretudo a cesariana, que como vimos através do levantamento realizado junto ao Hospital da Universidade São Francisco e dados obtidos no Ministério da Saúde, vem crescendo nos últimos anos.

Viu-se também que são escassos os programas de humanização do parto, assim como, a atuação do fisioterapeuta nesse contexto, contudo evidenciou-se que a atuação deste profissional junto à equipe multidisciplinar na atenção a gestante no pré-natal, parto e puerpério é de grande valia, visto que o trabalho do fisioterapeuta na obstetrícia promove benefícios à mãe e ao bebê, previne complicações durante a gestação, facilita o parto e promove uma recuperação mais rápida da gestante no pós-parto, permitindo que esta retorne o mais rapidamente a suas atividades.

Desta forma conclui-se que é de extrema urgência a implantação de programas voltados à humanização do parto e nascimento em que a fisioterapia esteja inserida, de modo a garantir uma assistência mais humana à mulher, sendo necessário a inserção do programa proposta e posteriormente sua avaliação.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010. 204 f. Dissertação (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ALBRESCHT, Miquelina Johann. **Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérperas de uma maternidade filantrópica de um município paulista.** 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BACKES, D.S.; FILHO, W.D.L.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.40, n.2, p.221-227.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia:** Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. 547 p.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 636 p.
- BARBOSA, A.M.P. et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.11, p.677-682, 2005.
- BARBOSA, G.P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1611-1620, 2003.
- BIM, C.R.; PAREGO, A.L. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. Iniciação Científica Cesumar, v.04, n.01, p.57-61, 2002.
- BIO, Eliane Rodrigues. **Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto.** 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro.** 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Saúde Suplementar, beneficiários, operadores e planos.** Rio de Janeiro, ANS, 2006. 120 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.159 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.2, n.1, p.69-71, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.2, p.383-387, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2006. 22 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Campanha de incentivo ao parto normal. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 Nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2010. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. 2. ed. Brasília: MS, 2003. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS, 2000. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.2, n.1, p.69-71, 2002.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; FILHO, O.B.M. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.3, p.333-339, 2010.

CARVALHO, Marcos Renato; TAMEZ, Raquel Nascimento. **Amamentação: Bases Científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 430 p.

CASTIGLIONE, M.A atuação do fisioterapeuta em obstetrícia. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br>>. Acesso em: 31 Out. 2010.

CIRNE, Stella de Lima. **Humanizar para Saúde Gestacional**. 2009. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Fisioterapia, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2009.

COUTINHO, T. et al.. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.10, p.717-724, 2003.

DAVIM, R.M.B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10 n.5, p.727-732, 2002.

DAVIM, R.M.B.; MENEZES, R.M.P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.6, p.62-68, 2001.

DE CONTI, M.H.S. et al. Efeitos de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **RBGO**, v.25, n.9, p.647-654, 2003.

DELFINO, M.R.R.; PATRÍCIO, Z.M.; MARTINS, A.S.; SILVÉRIO, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.615-26, 2005.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muito sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.9, n.4, p.646-654, 2005.

DUARTE, A.C. Quem são as doulas? Disponível em: <<http://www.doulas.com.br>>. Acesso em: 23 Out. 2010.

DUARTE, G. et al. da. Infecção urinária na gravidez: Análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.24, n.7, p.471-477, 2002.

ENNING, Cornélia. **O parto na água**: Um guia para pais e parteiros. São Paulo: Manole, 2000. 139 p.

FADYNHA. **A doula no parto**. São Paulo: Ground, 2003. 208 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILHO, O.B.M.; CECATTI, J.G.; FEITOSA, E.L. Métodos para indução do parto. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.8, p.493-500, 2005.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.15, n.1, p.107-114, 2006.

GUIMARÃES, E.E.R.; CHIANCA, T.C.M.; OLIVEIRA, A.C. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.4, p.536-542, 2007.

JICA/SESA - Equipe técnica do Projeto Luz. Manual do Parto Humanizado. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br>>. Acesso: em 01 Nov. 2010.

LEÃO, R.C.; BASTOS, M.A.R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.3, p. 90-94, 2001.

MAKUCH, M.Y. et al. Grupo de apoio para adolescentes grávidas: uma estratégia para melhorar a atenção pré-natal. **Feminina**, v.29, n.8, p.545-549, 2001.

MAKUCH, M.Y.; OSIS, M.J.D; CECATTI, J.G. **Melhoria do atendimento humanizado no trabalho no trabalho de parto no Hospital Estadual de Sumaré**. Cemicamp, 2007.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v.29 n.1, p.1-2, 2007.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1859-1868, 2008.

NEME, Bussamara. **Obstetrícia Básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. 1406 p.

NUNES, L. A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.3, p. 269-85, 2006.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v.39 n.3, p.288-295, 2005.

OSAVA, R. H. Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde. **Nursing, Revista técnica de enfermagem**,v. 57, n.6, p.10-23, 2003.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a ótica de usuárias de serviços públicos. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.24, p.35-45, 2008.

PARPINELLI, M.A.; SURITA,F.G.; SIMÕES,R. Assistência ao trabalho de parto. Disponível em : <<http://www.projetodiretrizes.com.br>>. Acesso em: 10 Dez. 2010.

PAVESI, A.P.S.; DAVANZZO, R.C.; SALDANHA, M.E.S. Reabilitação fisioterapêutica no puerpério imediato: revisão. **Rev. Fisioter. Unid.**, v.2, n.2, p.131-137, 2003.

POLDEN, Margareth; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000. 442 p.

POTTER, J. E. et al. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: **Prospective study**. *BMJ*, 323:1155-1158, 2001.

QUEIROZ, M.V.O. et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58. n.6, p.687-691, 2005.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

REBERT, L.M.; HOGA, L.A.K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.14, n.2, p.186-192, 2005.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, suppl., p.221-230, 2005.

RETT, M.T., et al. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em maternidade pública humanizada. *Fisioter Pesq.*, v.15, n.4, p. 361-366, 2008.

REVISTA O COFFITO. São Paulo: Seta. n.19, jun./jul./ago, 2003.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2002. p.1514

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p.269-279, 2004.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção saúde. **Bioética**, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

SOUZA, A.S.R.et al. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **Femina**, v.38, n.4, p.196-201, 2010.

STEPHENSON, Rebeca G.; O'CONNOR, Linda. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2004. 520 p.

TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.59, n.6, p.740-744, 2006.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v.10, n.2, p.483-492, 2002.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, supl. 2, p.419-427, 2003.

WALKER, Peter. **O livro de massagem do bebê**: para uma criança feliz e saudável. São Paulo: Manole, 2000. 94 p.

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

YAMAGUSHI, E.T; CARDOSO, M.M.S.P; TORRES, M.L.A: Ocitocina em Cesarianas. Qual a Melhor Maneira de Utilizá-la? **Rev. Bras. Anestesiologia**, v.57, n.3, p.324-330, 2007.

YMAYO, MR. et al. Prevenção do trauma perineal: porque evitar a episiotomia como rotina? S.n São Paulo: 1999.

ANEXO I

Ao Diretor do Hospital Universitário São Francisco

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Venho através desta solicitar autorização para realização de coleta de dados a partir da análise de prontuários do Husf para realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia com o tema: "Proposta de Implementação de um Programa de Humanização do Parto no Município de Bragança Paulista" das acadêmicas: Luciana Aparecida de Lima e Maria Sílvia Beretta.

Grata

*Luciana*  
Luciana Aparecida de Lima

*M. Beretta*  
Maria Sílvia Beretta

*Dr. Pedro IZZO*  
Diretor Técnico do HUSF  
*6/10/10*

*Grata e se possível, com o compromisso  
da autoras enviar uma cópia do trabalho  
à Clínica de G.O - HUSF.*

*Dr. Marcos Frangini*  
CRM-SP Nº 05775

## **ANEXO II**

### **OBSERVAÇÃO**

O levantamento de dados referente ao número de partos normais e cesarianas realizados no HUSF será feito por intermédio da funcionária Vanessa de Moraes, assistente administrativa da controladoria do HUSF, que nos fornecerá uma planilha contendo o número de partos normais e cesarianas realizados no hospital de Janeiro de 2007 à Junho de 2010.

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Andréa de Vasconcelos Gonçalves

## ANEXO III

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que não foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Proposta de Implementação de um Programa de Humanização do Parto no Município de Bragança Paulista, por este se tratar de um trabalho de revisão bibliográfica no qual não serão feitos estudos com pessoas, será realizada apenas uma coleta de dados junto ao Hospital Universitário São Francisco referente ao número de partos normais e cesarianas realizados no mesmo durante o ano de 2009, daí a necessidade de se enviar o trabalho ao Comitê de Ética.

Atenciosamente,

---

Luciana Aparecida de Lima

---

Maria Silvia Beretta

## ANEXO IV

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Bragança Paulista, 19 de Agosto de 2010.

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**Projeto de Pesquisa:** Proposta de implementação de um programa de humanização do parto no município de Bragança Paulista.

**Curso:** Fisioterapia

**Grupo:** III

**Autor (es):** Prof. Andrea de Vasconcelos Gonçalves; Luciana Ap. de Lima; Maria Sílvia Beretta

**Instituição:** Universidade São Francisco

**Protocolo CAAE:** 0247.000.142-10 (Citar este número nas correspondências referentes a este projeto)

Prezado (a) (s) Pesquisador (a) (s),

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade São Francisco, analisou expressamente no dia **19/08/2010** o projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Vossa Senhoria.

Este Comitê, acatando o parecer do relator indicado, apresenta-lhe o seguinte resultado:

**Parecer:** Aprovado

Atenciosamente,

  
**Marcelo Lima Ribeiro**  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - USF  
 Universidade São Francisco

*Ao término do desenvolvimento do estudo o (a) pesquisador (a) responsável deverá enviar ao CEP-USF o relatório consolidado de conclusão do mesmo.*

CÂMPUS DE BRAGANÇA PAULISTA	Av. São Francisco de Assis, 218 - CEP 12916-900 Fone (11) 4034-8000 - FAX (11) 4034-1825
CÂMPUS DE CAMPINAS	Rua Waldemar César da Silveira, 105 - Cura D'Arç CEP 13045-270 (19) 3779-3300
CÂMPUS DE ITATIBA	Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 - CEP 13251-900 Fone (11) 4534-8000 - FAX (11) 4524-1933
CÂMPUS DO PARI - SÃO PAULO	Rua Hannemann, 352 - Pari - CEP 03031-040 Fone (11) 3315-2000 - FAX (11) 3315-2036

## ANEXO V

Tabela 1.1 Estatística de partos - HUSF

ESTATÍSTICA DE PARTOS - HUSF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--



2010							
<i>POR PROCEDIMENTO</i>	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	TOTAL
<b>Normais</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>65</b>	<b>46</b>	<b>53</b>	<b>36</b>	<b>296</b>
%	39%	41%	46%	41%	41%	28%	39%
<b>Cesarianas</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>93</b>	<b>456</b>
%	61%	59%	54%	59%	59%	72%	61%
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>119</b>	<b>140</b>	<b>113</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>752</b>

2009													
<i>POR PROCEDIMENTO</i>	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
<b>Normais</b>	<b>71</b>	<b>59</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	<b>58</b>	<b>49</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>47</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>643</b>
%	45%	50%	47%	46%	45%	48%	44%	45%	39%	46%	43%	39%	45%
<b>Cesarianas</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>70</b>	<b>53</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>72</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>78</b>	<b>797</b>
%	55%	50%	53%	54%	55%	52%	56%	55%	61%	54%	57%	61%	55%
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>118</b>	<b>127</b>	<b>111</b>	<b>128</b>	<b>102</b>	<b>114</b>	<b>110</b>	<b>119</b>	<b>112</b>	<b>115</b>	<b>127</b>	<b>1440</b>

2008													
<i>POR PROCEDIMENTO</i>	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
<b>Normais</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>68</b>	<b>70</b>	<b>77</b>	<b>60</b>	<b>54</b>	<b>72</b>	<b>61</b>	<b>48</b>	<b>67</b>	<b>58</b>	<b>778</b>
%	49%	50%	42%	48%	48%	50%	47%	55%	42%	39%	45%	44%	47%
<b>Cesarianas</b>	<b>71</b>	<b>77</b>	<b>93</b>	<b>75</b>	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	<b>84</b>	<b>74</b>	<b>82</b>	<b>75</b>	<b>894</b>
%	51%	50%	58%	52%	52%	50%	53%	45%	58%	61%	55%	56%	53%
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>161</b>	<b>145</b>	<b>159</b>	<b>120</b>	<b>115</b>	<b>132</b>	<b>145</b>	<b>122</b>	<b>149</b>	<b>133</b>	<b>1.672</b>

2007													
<i>POR PROCEDIMENTO</i>	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
<b>Normais</b>	<b>64</b>	<b>63</b>	<b>75</b>	<b>74</b>	<b>71</b>	<b>62</b>	<b>70</b>	<b>72</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>50</b>	<b>61</b>	<b>781</b>
%	50%	53%	56%	55%	51%	47%	51%	50%	45%	43%	44%	52%	50%
<b>Casarianas</b>	<b>63</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>73</b>	<b>72</b>	<b>81</b>	<b>63</b>	<b>57</b>	<b>789</b>
%	50%	47%	44%	45%	49%	53%	49%	50%	55%	57%	56%	48%	50%
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>119</b>	<b>135</b>	<b>135</b>	<b>138</b>	<b>131</b>	<b>137</b>	<b>145</b>	<b>130</b>	<b>142</b>	<b>113</b>	<b>118</b>	<b>1.570</b>