

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

HUMANIZAÇÃO NO CENTRO OBSTÉTRICO

SACHA SANTOS ORZECOWSKI FRANCISCO

ORIENTADOR: PROF. SILVANI BOTLENDER SEVERO

PORTO ALEGRE

2016

SACHA SANTOS ORZECOWSKI FRANCISCO

HUMANIZAÇÃO NO CENTRO OBSTÉTRICO

Relatório apresentado como pré-requisito
conclusão de curso Técnico em Enfermagem
Orientador: Prof. Silvani Botlender Severo

Porto Alegre
2016

AGRADECIMENTOS

Não poderia estar mais feliz em ter escolhido a enfermagem como profissão e isso não teria acontecido sem a influência de minha mãe Sara. Sua memória de força em meio a doença me manteve focada em meu objetivo maior: cuidar de outros como cuidei dela.

Agradeço imensamente a todos os professores que me emocionaram e ensinaram durante todo o curso. A professora Dinara Dornfeld por ter me proporcionado a experiência de estágio da qual se originou este trabalho. E em especial, a professora Silvani B. Severo minha orientadora que me guiou com muita paciência e ajudou-me a ampliar ideias sobre o tema.

RESUMO

Este trabalho tem como base minha vivência de estágio no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Nele busco refletir acerca das práticas seguras adotadas para o nascimento saudável e os desafios que ainda enfrentamos para aplicá-las. O tema tem sido muito debatido na atualidade, mas mesmo assim ainda estamos muito aquém nos parâmetros de humanização do parto. Por isso é importante continuar dialogando sobre esse assunto a fim de evitar intervenções desnecessárias e incentivar o papel da mulher como protagonista de seu parto e para extinguir a violência obstétrica. Este ensaio é parte da desconstrução que temos que fazer constantemente para humanizar. Desconstruir o modelo obstétrico antigo, em que o nascimento e a mulher tinham que obedecer a um protocolo, onde o nascimento tinha dia, local e hora exatos definidos pela conveniência do sistema, onde na verdade não havia respeito a este momento tão único da vida que é o nascimento. Por isso a humanização não deve se estender apenas ao parto normal ou em viabilizar o nascimento com o mínimo de intervenções, mas para todos os centros obstétricos. Desde o profissional que acompanha o pré-natal, ao técnico de enfermagem que auxilia nas salas de parto, ao médico obstetra, e até o pediatra que acompanhará o recém-nascido.

LISTA DE ABREVIATURAS

CO – Centro Obstétrico

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 HUMANIZAÇÃO DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	7
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	17

1.INTRODUÇÃO

Este trabalho é pré-requisito de conclusão ao curso técnico de enfermagem do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que atende 100% SUS (Sistema Único de Saúde), é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, de 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Consultório na Rua. Através desta rede, houve a oportunidade de estágio na área materno-infantil onde foram vivenciados os relatos que norteiam este relatório.

A humanização do parto é um tema da atualidade e de luta constante da comunidade. Todos os dias, mulheres gestantes ou não, debatem sobre o tema em espaços reais ou virtuais. O início da política de humanização do nascimento foi em 2000. Esta política tem sido aperfeiçoada, mas a preocupação com respeito ao nascimento aumentou nos últimos anos. Os casos de violência obstétrica se tornam públicos com mais frequência e como usuários do sistema exigimos providências e mudanças.

A motivação para o tema foi contribuir com este debate, como forma de divulgar os direitos das pacientes e deveres dos prestadores de serviços de saúde, não apenas no SUS, mas em qualquer instituição seja ela pública ou privada.

Falaremos brevemente sobre as práticas seguras baseadas em evidências científicas que são preconizadas pelo Ministério da Saúde e suas aplicações na assistência. Exemplificando com uma vivência no CO do HNSC, mostraremos um recorte do que acontece com algumas mulheres mesmo em um hospital onde o parto humanizado é praticado. O intuito é alertar que a luta pelo atendimento com dignidade ainda está em seu curso e que é preciso ações mais incisivas para alcançar o padrão almejado em nossas políticas públicas. Ainda estamos longe de proporcionar um nascimento respeitoso para todos, mas há diversas recomendações sobre como transformar nosso sistema. O debate sobre o tema está aberto e é do interesse de todos colaborarem. A participação da comunidade é fundamental para compartilharmos experiências e melhorarmos a assistência como um todo.

2.HUMANIZAÇÃO DO CENTRO OBSTÉTRICO

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é uma política instituída pela Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000 pelo Ministério da Saúde a fim de atender a gestante e o recém-nascido de forma específica. Os objetivos do programa abrangem a redução da morbimortalidade materna, peri e neonatal, melhorar a qualidade e cobertura do acompanhamento pré-natal, aumentar o acesso, dar maior assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido, além de ampliar ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção a gestante.

O programa vem para estabelecer princípios e assegurar direitos como: o acesso e atendimento digno e de qualidade a toda gestante em todas as fases; o direito a gestante ter acesso e conhecer a maternidade de destino; direito a assistência humanizada no parto e puerpério baseada em princípios e condições estabelecidas na prática médica; direito a assistência neonatal humanizada e segura (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

Toda a ação foi idealizada de forma ampla a fim de cobrir todos os aspectos da assistência, desde físicos a emocionais. Há também especificado no caderno do programa todos os direitos assegurados, bem como exames a serem realizados, consultas e procedimentos. Todas essas medidas foram adotadas para incentivar a assistência tanto do lado da população (para que mais gestantes procurem os serviços) como para o lado das unidades de saúde (preparação para receber essa demanda).

O acesso a esta política também é garantido mesmo que a mulher tenha procurado o serviço em tempo tardio, ela também tem direito a tudo que se refere este programa. Infelizmente, em alguns momentos, nas vivências de estágio foi observado um comportamento oposto por parte da equipe de saúde. Na unidade de alojamento conjunto e no próprio centro obstétrico os profissionais se referiam a paciente que tinha feito poucas consultas no pré-natal de forma negativa e até tratando-as de forma apática.

É importante frisar que é dever de toda a instituição e de seus respectivos profissionais da saúde receber a mulher, o recém-nascido e seus familiares com dignidade e respeito a fim de criar um ambiente acolhedor em que a mulher se sinta segura para ser a protagonista de seu parto. Para isso, é preciso abandonar o modelo obstétrico que está tão arraigado em nossa cultura. Nele o médico é a voz

absoluta sobre o procedimento, fazendo, na maioria das vezes, tudo a sua conveniência. O parto cesáreo é realizado desnecessariamente acarretando riscos desnecessários para mãe e bebê. O Brasil tem as mais altas taxas de cesárea do mundo com vários hospitais no país com taxas acima de 80% (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Além disso, há uma grande preocupação com medidas e intervenções desnecessárias que não trazem benefício algum ao recém-nascido e a mulher. Estudos colocaram tais procedimentos em desuso, porém muitas instituições não seguem esta recomendação. Como exemplo, no site do Hospital Ernesto Dorneles (2016), podemos acessar um material intitulado Manual da Gestante, nele é encontrado o seguinte texto sobre a sala de parto:

A gestante permanecerá nesta sala até se completar o parto. Ela ficará em posição ginecológica, colocará suas mãos nos “ferrinhos” que ficam ao lado das pernas; o médico fará a limpeza do períneo (região vulvar) e comandará o parto. A cada contração uterina a mamãe deve encher o pulmão de ar, colocar o seu queixo no seu peito, erguer sua cabeça com a ajuda do marido, fazendo, então, uma força bem comprida (a mesma de fazer cocô). Se isto for bem feito o parto será muito rápido.

Neste breve parágrafo está centrada a base do antigo modelo obstétrico, onde o parto, como procedimento médico, e tendo a mulher, no total oposto de seu protagonismo. O manual possui diversas outras orientações para a gestante que contraria integralmente as recomendações de práticas comprovadas seguras.

Há vários volumes do Caderno Humaniza SUS e no volume 4 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014), especificamente, que tece em detalhes sobre a humanização do parto e do nascimento, justamente para mostrar que não há nada de subjetivo na atenção a gestante e ao recém-nascido, em muitos partos atuais. Também mostra que não há modo linear de conduzir o atendimento, há sim a segurança dos pacientes, técnicas baseadas em evidências científicas, respeito e dignidade, mais que isso, mostra que humanizar é olhar para as particularidades daquele indivíduo e atendê-lo da forma que o fará sentir respeitado, seguro e digno.

O caderno ainda explica detalhadamente sobre cada aspecto do parto e como respeitar sua fisiologia. O nascimento deve ser protegido e divulgado como processo natural e por isso o uso de tecnologias deve ser avaliado minuciosamente, não

apenas no modelo obstétrico, mas também no modelo neonatal. Diminuir intervenções desnecessárias no recém-nascido favorece o vínculo entre mãe e filho.

Recepcionar adequadamente a paciente e seus familiares é primordial, bem como explicar cada etapa de do atendimento e rotinas da instituição. Em muitos hospitais, é procedimento padrão após a internação da gestante proceder com enema, tricotomia de pelos pubianos, além da proibição de qualquer tipo de dieta. As evidências científicas derrubam as teses que embasariam estas práticas, mostrando pouca ou nenhuma vantagem em adotá-las. Algumas podem oferecer riscos como a tricotomia e a privação total de dietas. No último caso, o recomendado é ingerir líquidos e/ou fluídos leves a fim de manter a hidratação e aporte calórico, bem como conforto e bem-estar a parturiente.

A mulher deve receber apoio emocional e físico contínuo, e para tal é fundamental a presença e escolha do acompanhante. Atualmente se debate o acompanhamento com doulas como um segundo acompanhante. A doula é uma profissional capacitada para atender vários aspectos da gestação, parto, pós-parto e amamentação. Durante o trabalho de parto ela pode atuar no conforto da mulher com: massagens corporais, com banhos de aspensão e imersão, técnicas de relaxamento e respiração, etc.

Mesmo sem a doula, os profissionais técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos podem se capacitar nestas práticas e oferecê-las as parturientes. A paciente tem o direito ao alívio da dor com manejo não farmacológico (banhos, deambulação ativa, utilização da bola de pilates, entre outros) ou com métodos farmacológicos se assim ela solicitar ou quando for necessário.

Durante todo o atendimento ao parto, a mulher deve ter liberdade para caminhar e ficar na posição que desejar. A estrutura atual das instituições de saúde tradicionalista e seus protocolos engessados podem intimidar a gestante e não proporcionar a ambiência para o acolhimento, assim, podendo prejudicar todo o processo. Esta recomendação estende-se também a sala de parto.

No CO do HNSC foram acompanhadas algumas parturientes e observados seu atendimento. A sala de pré-parto é grande, porém não há qualquer tipo de divisória entre as camas. Infelizmente, nosso hospital ainda sofre com questões estruturais. O espaço para caminhar fica limitado a esta mesma sala e há apenas dois chuveiros disponíveis para o banho terapêutico para alívio da dor. Nesse ponto é importante dizer que mesmo com o desafio estrutural, a equipe de enfermagem

manejou a questão da privacidade da melhor forma possível. Quando alguma parturiente queria se despir, quando eram realizadas as massagens para o alívio da dor ou mesmo por simples questão de dar um espaço para a mulher, era montado um esquema com biombos e lençóis para cercar a cama.

Ao longo daquela manhã havia uma mulher que já estava em trabalho de parto por longas horas, e foi observado todo o trabalho humanizado da equipe. Foi oferecido todo o apoio àquela paciente e ela foi tratada com muito carinho. Seu bebê estava em posição facial, portanto uma condição diferente da habitual sendo então obrigatória a presença de um médico para a realização do parto segundo o que foi explicado pelas enfermeiras.

Ela estava claramente com muita dor e mais cedo havia sido feita analgesia, mas questionando a enfermeira, fui informada que, geralmente, é retirada a medicação num período antes do nascimento para evitar que o bebê nasça com os efeitos do fármaco ainda latente. A mãe não foi orientada sobre isso e estava muito confusa do por quê de tanta dor.

Nesse momento uma técnica e uma enfermeira (que também era doula) uniram-se para prestar um atendimento mais efetivo. Auxiliaram a mudá-la de posição, colocaram mais biombos para garantir a privacidade, chamaram seu companheiro, que até então não estava presente. Foi uma cena muito emocionante, tão marcante que fazia alguns chorarem. As profissionais faziam-lhe carinho, conversavam com ela, encorajam-na dizendo para pensar em seu bebê, que aquilo já estava acabando, que ela podia sim passar por aquilo, que estava tudo indo bem, que era normal, que o corpo dela fora feito para aquele momento, que ela estava prestes a ver o rostinho de seu bebê pela primeira vez. Tudo para acalmar e até mesmo distrair a mulher de toda sua dor.

Nesse momento, podemos refletir no que se baseia o trabalho do técnico em enfermagem nesse setor. Principalmente no parto normal de risco habitual, o papel do técnico é muito mais psicológico do que físico. Não se trata de realizar procedimentos e sim de criar vínculos e dar apoio aquele nascimento. A parte prática, como organizar o posto de enfermagem, medicar as pacientes, realizar evoluções, checar prescrições, aferir sinais vitais, conferir dietas, é imprescindível, porém, se torna pequena, comparada a tarefa do suporte emocional. Ter essa empatia para saber trabalhar com a dor do outro, de acordo com o que essa outra

pessoa sente e como ela sente é fundamental. É isso que ficará na memória daquelas mulheres e que será parâmetro de avaliação do atendimento para elas.

Reafirmamos o dever de informar a mulher sobre todas as etapas de seu processo, além de acalmá-la isso contribuirá para continuidade do trabalho de parto. Isso é dever de todos os profissionais envolvidos na assistência, estendendo-se a médicos, residentes de qualquer área, anestesistas, instrumentadores, entre outros. Na experiência de estágio o mais marcante foi a diferença entre ser atendido pela enfermagem e ser atendido pelo médico. Muitas vezes há trocas de plantão antes do término do trabalho de parto e uma nova equipe assume os cuidados do mesmo. Também mudam os profissionais que atendem na sala de pré-parto e nas salas cirúrgicas.

Como já citado anteriormente, no momento do nascimento, práticas como episiotomia e a utilização do fórceps não devem ser adotadas como rotineiras. Estudos mostram que o uso rotineiro oferece risco de trauma do períneo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Avaliada os benefícios maiores que os riscos a medida pode ser adotada para evitar traumas maiores na região.

No entanto, na vivência aqui relatada, não aconteceu desta forma. Depois de algum tempo ainda em dores tentando ter seu bebê, aquela mesma paciente chegou então ao ponto em que queria fazer força. Todos estavam esperançosos que o bebê pudesse nascer ali sem nenhuma intervenção. Porém, o médico que estava ocupado até então, chegou ao leito, observou a paciente e concluiu que iria atendê-la naquele momento nas salas de parto. Chegando lá a parturiente foi orientada pela técnica de enfermagem do setor a deitar-se na mesa cirúrgica, apoiar as pernas em posição ginecológica (posição de litotomia) e fazer força. O médico entrou, junto com sua residente e mal se apresentou, já pedindo para fazer “força de cocô”. Observou por alguns instantes e conversou com a residente, que novamente coordenou a paciente a empurrar. A técnica ficou próxima a mãe conversando bem baixo até o companheiro entrar na sala. Então, se afastou e só se aproximava para avisar algo que a residente ia fazer. O médico pediu a residente para fazer anestesia local junto da contração seguinte e fazer uma episiotomia. A residente apenas avisou que iria sentir “uma picadinha e depois um cortezinho”; na contração após, já fez o corte. Mais esforço por parte da mãe, mais conversas paralelas entre o médico e sua residente, e o mesmo pediu a técnica para trazer o fórceps. Ele de longe disse à

mãe que ele iria usar “um ferrinho”. E na próxima contração a residente já usou o fórceps e então conseguiu “realizar o parto”.

A mãe parecia cansada de tanto sofrimento, mal conseguia segurar seu filho após o mesmo ser examinado pelo pediatra primeiramente. A residente informou que estava dando “um pontinho”. Ao mesmo tempo o médico disse à mãe que seria mais rápido se ele apertasse sua barriga para a placenta sair mas que iria doer; no que a mesma acenou apenas com a cabeça ele apertou sua barriga acima do útero. A mãe deu um urro de dor e a residente colheu sua placenta. A técnica, neste momento, arrumava a sala para transportar a mãe para o corredor, pois muitas outras mães estavam chegando ao momento de expulsão e sendo encaminhadas as salas de parto que agora estavam ocupadas. Sai uma, entra outra. Macas se enfileiravam no corredor, pois não há espaço para uma sala de recuperação adequada. Outros nascimentos aconteciam nas outras salas. Uma reprodução levemente editada do que foi narrado, e mais macas no corredor.

Após o nascimento, também é indicado que o contato pele a pele seja favorecido. O atendimento inicial ao neonato pode ser prestado no colo da mãe, salvo casos de necessidade de reanimação. Demais procedimentos podem ser evitados (como aspiração gástrica e de vias aéreas) ou postergados (como medidas antropométricas). Intervenções desnecessárias podem gerar danos a um bebê saudável, além de significar tempo perdido entre mãe e filho nas primeiras horas de vida. O clampeamento do cordão umbilical deve ser tardio, quando parar de pulsar. A amamentação pode acontecer nesses primeiros momentos. Tais medidas, além de serem benéficas a saúde de mãe e filho, podem aumentar o grau de satisfação das pacientes quanto ao atendimento em nossos hospitais, sem oferecer prejuízo às questões de segurança.

Neste relato foi chocante a diferença do atendimento da sala de pré-parto para a sala de parto, mesmo que poucos metros separassem as duas. Nas salas de parto nenhuma mulher era informada que poderia mudar de posição ou pedir qualquer outro suporte, sequer tinha outra opção, quanto mais voz. Apenas chamavam o acompanhante para se paramentar, deitavam a mulher na maca e ordenavam que fizesse força. Era bem possível de imaginar que os médicos daquele turno nunca haviam ouvido falar em humanização.

Nesse quesito, o conceito de humanização pode parecer muito relativo, pois para alguns, este breve relato poderia ser completamente normal, para outros

poderia ser violência. Naquela manhã não houve partos cesáreas, apenas partos vaginais, e se compararmos este relato e o preconizado nos cadernos do Ministério da Saúde veremos que alguns procedimentos são incompatíveis.

Observa-se que, houve um aumento no investimento em capacitação para as equipes de parto humanizado, mas a nossa cultura está tão habituada ao antigo modelo obstétrico que, às vezes, as próprias gestantes preferem marcar uma cesárea. Não é preciso ir muito longe a nosso círculo de amigos para escutar alguma história de parto normal traumática, ou do médico que não ouviu a mulher, ou de algum membro da equipe de enfermagem que fez um comentário inadequado ou mesmo, casos de violência obstétrica explícita.

Em agosto de 2015, a revista *Época* lançou uma campanha denominada “Parto com Respeito”. Nesta matéria publicada no *site*, várias mulheres contam suas histórias de violência e desrespeito, não só em partos normais, mas em cesáreas também. Os depoimentos provam que a humanização do nascimento é um assunto de interesse de todos, pois mulheres e bebês podem sofrer com essas experiências terríveis e perigosas, independente da escolha do tipo parto.

A OMS definiu como violência obstétrica qualquer ato de desrespeito, maus-tratos, negligência e abusos contra a mulher e o bebê, antes, durante ou após o parto (LAZZERI, 2015). É importante divulgar este conceito, pois muitas mulheres sofrem com essa violência, mas não a identificam. A matéria que muitas só reconheceram como violência obstétrica de fato ouvindo de outras pessoas.

Isso só dissemina medo e ansiedades sobre o parto e aumenta a quantidade de candidatas para uma cesárea desnecessária. Pensamos que a mulher que chega com estes sentimentos aos consultórios querendo um parto cesáreo deve ser acolhida e orientada com muita calma e conversa. O desconhecido é uma das causas do medo.

Impor um novo modelo de nascimento é também uma violência que devemos extinguir e para isso é preciso um trabalho de educação em saúde de modo a trazer a informação correta. É necessário dialogar com essa mulher, ouvir seus medos, anseios e expectativas. Também apresentar-lhe sua maternidade de destino e conversar abertamente sobre o processo do nascimento, explicar o que pode acontecer em cada fase, falar sobre a dor, sobre “fazer a força de parir”, sobre a amamentação e qualquer assunto que ela queira falar. Tecendo todo o contexto, a

gestante terá como formular aquilo que quer para o seu parto com segurança e tranquilidade.

É nesse ponto específico que devemos trabalhar, pois não será possível atingir nossos objetivos de diminuir as taxas de partos cesáreos se não promovermos esse conhecimento para a população. Isso significa mais rodas de conversa nas UBS, propagandas, manuais, cartilhas, panfletos, palestras e todo e qualquer meio com a finalidade de informar gestantes e familiares não só de seus direitos, mas falar sobre a fisiologia do nascimento.

Há todo um preconceito com o natural num tempo em que tudo é tão industrializado. Por isso, de nada adianta divulgar tal padrão a uma comunidade que vai optar por outro, pois crê que este outro seja mais seguro. Este é um ponto crucial no debate, pois falamos aqui o sobre empoderamento da mulher e seu protagonismo. Então, essas mulheres que acreditam ser mais seguro ter um parto cesáreo serão obrigadas a ter um parto por via vaginal? O trabalho aqui é resgatar práticas seguras, com embasamento científico, que respeitem esse processo do nascimento e a escolha da mulher. E principalmente, dar toda a informação para que ela possa decidir (dentro das possibilidades saudáveis) o que será melhor para ela e seu filho.

Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p.29).

No grupo “Profissionais Humanizados do RS” no Facebook podemos achar várias publicações de usuários recomendando o HNSC como melhor atendimento humanizado em Porto Alegre. Isso denota confiança da comunidade no trabalho que defendemos, porém sabemos que há muito a melhorar. Precisamos reavaliar as falhas, ampliar os acertos e compartilhar nossas experiências com outras instituições.

Acreditamos que mesmo com as dificuldades que o SUS possui como, falta de verba, falta de estrutura, profissionais pouco motivados, ainda assim, temos as ferramentas certas para por em prática tudo o que foi escrito em nossas referências de modelo obstétrico ideal.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o curto período de observação não era esperado a obtenção de informações e experiências tão relevantes para este debate. Concluímos que temos as ferramentas precisas para colocarmos todas as recomendações em prática, uma delas é o apoio emocional a mulher. Neste quesito, observamos o excelente trabalho de enfermeiras e técnicos em enfermagem do CO, que mesmo com as adversidades da assistência conseguem prestar um cuidado digno, carinhoso e respeitoso. Os profissionais preocuparam-se do início ao fim com aquele nascimento e demonstraram não estar de acordo com a conduta médica. Porém, é preciso a humanização da equipe completa.

O parto é um momento de vulnerabilidade e também de extrema força para a mulher e é inaceitável qualquer ato que perturbe esse ciclo natural. Ela é a protagonista deste momento e nós como profissionais somos apenas facilitadores deste processo. Nosso conhecimento pode ser usado para favorecer a fisiologia do nascimento e auxiliar quando houver alguma intercorrência.

Está claro que a capacitação da equipe de enfermagem é fundamental para o bom funcionamento do CO e a condução do atendimento. O profissional deve estar ciente de seu papel, mantendo em mente o conhecimento científico e praticando-o com responsabilidade e ética. Para um técnico em enfermagem sua técnica de punção intravenosa, por exemplo, pode passar um plantão inteiro sem ser utilizada, mas sua capacidade de relacionar-se com os pacientes e construir vínculos de confiança com os mesmos não poderá nunca ficar adormecida. Para esta área da enfermagem é preciso muito mais do que técnicas e procedimentos.

Para contribuir com a melhoria da assistência ao parto faltam ações conjuntas com as redes que compõem o SUS. O HNSC tem sido preferência da comunidade em relação ao parto humanizado em Porto Alegre, enquanto outros serviços de obstetrícia do próprio grupo e da cidade estão totalmente atrasados no conceito. É preciso estar disposto a mudar protocolos, estruturas e rotinas, e isso nem sempre é simples, pois nos deparamos com sistemas antigos, custos que a saúde pública não comporta e demais dificuldades. Porém aprendemos que profissionais engajados em fazer do tema uma causa pela qual lutar podem adaptar o que temos e atender as

expectativas do Ministério da Saúde e comunidade. A chave para o sucesso é trabalhar juntos, com ética e paixão pelo tema.

REFERÊNCIAS

BATTISTI, Thays; MUÑOZ, Analu (Org.). **Profissionais humanizados do RS**. [S.l], 19 jul. 2016. Disponível em:

<<https://www.facebook.com/groups/144806588960621/>>. Acesso em 19 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES. **Manual da gestante**. 20 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.hed.com.br/internacoes/maternidade>>. Acesso em 20 jul. 2016.

LAZZERI, Thais. Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. **Ed.**

Revista Época. 04 ago. 2015. Disponível em:

<<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>>. Acesso em 19 jul. 2016.