primeiríssima infância

Formação em humanização do parto e nascimento

COLEÇÃO PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

7

caderno_07_completo_cor.indd 1 2/13/15 2:23 PM

A marca Primeiríssima Infância foi criada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para representar uma causa que lhe é fundamental: a atenção que toda criança precisa receber desde a gestação até os três primeiros anos de vida. Chamado de primeiríssima infância, tal período é decisivo para o desenvolvimento de cada indivíduo, sobretudo no que se refere às funções cerebrais, com reflexos determinantes na capacidade de processar pensamentos e emoções.

O trabalho da FMCSV nesta causa contemplou a idealização do Programa Primeiríssima Infância, uma tecnologia social que integra os diversos serviços de atenção à criança pequena – especialmente secretarias de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social. Entre 2009 e 2013, o programa foi implementado em 14 municípios do Estado de São Paulo e agora serve de inspiração para outras cidades em todo o Brasil.

A marca Primeiríssima Infância se expressa na simbologia de um dado, objeto lúdico que se usa para lançar e avançar nos jogos. Mas o "jogo" da primeiríssima infância não é uma questão de sorte ou azar, é uma questão de cuidar, gerando ganhos que são para todos. Por isso, o nosso dado marca seis pontos em todos os lados, que são os seis anos da primeira infância. Os três pontos em cores representam precisamente a primeiríssima infância.

caderno_07_completo_cor.indd 2 2/18/15 2:28 PM

primeiríssima infância

Formação em humanização do parto e nascimento

caderno_07_completo_cor.indd 3 2/18/15 2:28 PM

Programa
PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

O Programa Primeiríssima Infância foi idealizado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para qualificar o atendimento e o cuidado à criança de zero a três anos, favorecendo seu desenvolvimento integral e integrado. A palavra integral refere-se à observação do desenvolvimento da criança de modo mais amplo, englobando aspectos físicos, cognitivos e psicossociais. O termo integrado, por sua vez, traz a perspectiva da intersetorialidade, ou seja, de um atendimento que associe os serviços de educação, saúde, desenvolvimento social e outros atores sociais relevantes na atenção à criança.

A primeira fase de implementação do Programa Primeiríssima Infância aconteceu em 2009, em parceria com seis cidades do Estado de São Paulo: Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga. Em 2011, o programa passou a ser implementado também na cidade de São Paulo, na microrregião da Cidade Ademar. Em 2012, com o apoio da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), foi estendido a Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Jarinu, Jundiaí, Louveira, Morungaba e Várzea Paulista, em um formato configurado para uma atuação regional.

Para melhorar as condições de vida das crianças pequenas e oferecer a elas as melhores oportunidades de desenvolvimento, a metodologia do Programa Primeiríssima Infância propõe a estruturação de um programa com base em quatro eixos estratégicos. São eles:

1. **Apoio à governança:** estimular a criação e o fortalecimento de uma estrutura de governança local que favoreça o trabalho em rede, com articulação e sinergia de ações setoriais

Para saber sobre a **história e o trabalho da FMCSV,** entre no canal da FMCSV no YouTube (www.youtube.com/FMCSV) e selecione o vídeo "Conheça a FMCSV".

e intersetoriais para a construção de políticas públicas integradas, que priorizem a promoção do desenvolvimento infantil e garantam a institucionalização de uma prática social sustentável e de qualidade.

2. Desenvolvimento de capacidades: capacitar os profissionais e qualificar o atendimento das gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços de educação infantil, saúde e desenvolvimento social.

3. Mobilização comunitária: sensibilizar, conscientizar e mobilizar as comunidades locais para a importância da atenção à primeiríssima infância para o desenvolvimento social, político, cultural e econômico do município.

4. Monitoramento e avaliação: monitorar e avaliar as ações para corrigir falhas e adequar estratégias no decorrer do percurso, bem como para comparar o trabalho de atenção à criança pequena antes e depois da implantação do programa.

O programa pode ser adotado por qualquer cidade que queira fortalecer o desenvolvimento integral e integrado da primeiríssima infância, bem como o tecido social dos municípios, Estados e de todo o país.

Conheça mais detalhadamente as **bases conceituais do Programa Primeiríssima Infância** acessando "Fundamentos do Desenvolvimento Infantil – da gestação aos 3 anos", uma publicação da FMCSV. Busque pelo título na seção Acervo Digital do site www.fmcsv.org.br

Formação em humanização do parto e nascimento é uma publicação da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), elaborada a partir da experiência do Programa Primeiríssima Infância. A publicação integra a Coleção Primeiríssima Infância e foi adaptada de obra homônima realizada pelo Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip) para a FMCSV, para a implementação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância.

Direitos e permissões
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Realização
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
www.fmcsv.org.br

Diretor-presidente
Eduardo de C. Queiroz

Gerente de avaliação e pesquisa
Eduardo Marino

Gerente de programas
Ely Harasawa

Coordenadora de programas
Gabriela Aratangy Pluciennik

Organização da Coleção Primeiríssima Infância
Eduardo Marino
Ely Harasawa
Gabriela Aratangy Pluciennik

Autoria
Francisco Lázaro Pereira de Sousa

Colaboração
Anna Maria Chiesa
Vanessa Pancheri

Texto original
Madza Ednir

Adaptação
Sandra Mara Costa

Checagem
Lucila Rupp

Revisão
Mauro de Barros

Projeto gráfico e editoração
Studio 113

CTP e impressão
Centrográfica

Tiragem
310 exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Sousa, Francisco Lázaro Pereira de
Formação em humanização do parto e nascimento / Francisco Lázaro Pereira de Sousa. – 1. ed. – São Paulo : Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, 2014. – (Coleção primeiríssima infância ; v. 7)

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN da coleção 978-85-61897-05-5
ISBN do livro 978-85-61897-12-3

1. Avaliação educacional 2. Crianças – Desenvolvimento 3. Puericultura I. Chianca, Thomaz K.. II. Título. III. Série.

CDD-618.2
14-13367 NLM-WQ 100

Índices para catálogo sistemático:
1. Humanização do parto e nascimento : Obstetrícia 618.2

SUMÁRIO

Apresentação 9

Retrato da oficina a ser reeditada 12

- Público-alvo 12
- Perfil 12
- Objetivos da oficina 12
- Resultados esperados 13
- Indicadores de êxito 14
- Exemplos do impacto na realidade do desenvolvimento na primeiríssima infância 17

Mensagens básicas 18

Texto para reflexão 24

Oficina de formação 58

Descrição das atividades da oficina 62

Alinhamento conceitual 80

Materiais de apoio para as oficinas 88

- Textos 88
- Vídeo 96
- Modelo recomendado de Fluxo para a Formação 97
- Modelo de Plano de Ação/Plano de Reedição 98
- Modelo de Relatório de Formação e Supervisão 99
- Ficha de Avaliação para Oficinas de Formação 100

Bibliografia 102

caderno_07_completo_cor.indd 8 2/18/15 2:28 PM

APRESENTAÇÃO

O caderno *Formação em humanização do parto e nascimento* foi produzido pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), com apoio do Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip). O material é uma ferramenta voltada à disseminação de conhecimentos sobre o desenvolvimento integral da criança de zero a três anos, com vistas a gerar ações integradas de saúde, educação e desenvolvimento social e a mudar o panorama do atendimento às necessidades e direitos da primeiríssima infância.

Os seis cadernos com material formativo da Coleção Primeiríssima Infância apresentam a sistematização de oficinas de formação do programa realizadas entre 2010 e 2012. Tais encontros envolveram profissionais das áreas de saúde, educação, desenvolvimento social, lideranças comunitárias, representantes de organizações sociais e Conselheiros de Direitos e Tutelares. A proposta deste conjunto de publicações é facilitar a adaptação, reedição e multiplicação dos conteúdos para outros profissionais.

Cada caderno temático inclui: público-alvo, objetivos e impactos esperados na prática; exemplos de mudanças resultantes da formação; mensagens básicas; visão geral do processo da oficina de formação; passo a passo das atividades e dinâmicas de cada módulo; textos básicos utilizados nos trabalhos em grupo ou como referência para o formador; alinhamento conceitual – onde se encontram considerações sobre o sentido de algumas palavras-chave que, no texto, aparecem em negrito (exemplo: **reeditores**); e bibliografia.

O objetivo deste caderno 7 é disponibilizar uma visão detalhada da *Formação em humanização do parto e nascimento*. Pretende-se facilitar aos interessados a escolha das mensagens e estratégias mais adequadas à sua realidade, para serem utilizadas junto a públicos específicos, no sentido de fazer com que a transição da criança da vida intrauterina para a extrauterina se torne mais segura, tranquila e suave para ela e sua mãe.

caderno_07_completo_cor.indd 10 2/18/15 2:28 PM

Coleção
PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

A Coleção Primeiríssima Infância é um conjunto de materiais preparado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para apoiar a implantação de programas voltados à primeiríssima infância nos municípios brasileiros. Conheça os títulos da coleção, disponibilizada integralmente no site da FMCSV ou pelo link www.colecaoprimeirissima.org.br

Coleção Primeiríssima Infância	Principais públicos
1. Dez passos para implementar um programa para a primeiríssima infância	– Gestores públicos (principalmente prefeitos, secretários municipais e outras pessoas ligadas à gestão dos serviços públicos) – Comitê Gestor Municipal (gestores públicos, técnicos de secretarias e da rede de atendimento e lideranças sociais) – Articulador Local – Grupo de Trabalho da Avaliação
2. Avaliação participativa da atenção à primeiríssima infância	– Grupo de Trabalho da Avaliação – Facilitador externo da avaliação – Comitê Gestor Municipal – Articulador Local
Cadernos com material formativo do Programa Primeiríssima Infância: 3. Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas 4. Formação em trabalho com grupos: famílias grávidas e com crianças de até três anos 5. Formação em espaços lúdicos 6. Formação em educação infantil: zero a três anos 7. Formação em humanização do parto e nascimento 8. Formação em puericultura: práticas ampliadas	– Multiplicadores/reeditores de conteúdo das oficinas de formação ministradas nos diversos temas – Formador/supervisor – Grupo de Trabalho da Avaliação – Articulador Local
Kit com 12 folhetos do Programa Primeiríssima Infância	– População em geral

As publicações da Coleção Primeiríssima Infância são voltadas também a profissionais com perfil técnico nas diversas áreas de atenção à primeiríssima infância, bem como aos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, representantes de organizações não governamentais (ONGs), jornalistas/comunicadores e pesquisadores/membros da universidade. Todos aqueles que possuem conhecimento e compromisso com a primeiríssima infância são bem-vindos para contribuir.

Retrato da oficina
A SER REEDITADA

Construímos a **descrição desta oficina de formação** a partir de planos e relatórios de oficinas do Programa Primeiríssima Infância relativas ao tema, realizadas no período 2010-2012, e de depoimentos/sugestões de consultores envolvidos. Para saber mais sobre o programa, acesse o site www.fmcsv.org.br

PÚBLICO-ALVO

Profissionais de saúde, educação infantil, desenvolvimento social e outros responsáveis pela implementação de políticas públicas e programas destinados à **primeiríssima infância**, que possam reeditar o conteúdo das oficinas de **formação** para colegas de trabalho e outros profissionais.

PERFIL

Profissionais que tenham facilidade de comunicação, que gostem de aprender sempre e gostem do desafio de atuar como disseminadores de conhecimento e impulsionadores de ações no campo do **desenvolvimento na primeiríssima infância**, com foco na promoção da humanização do parto e nascimento.

OBJETIVOS DA OFICINA

Geral

Formar **reeditores** que possam adaptar e utilizar conteúdos e estratégias desta oficina em futuras capacitações junto a seus pares, nos serviços de atenção ao parto, também nos outros serviços de saúde, educação infantil e desenvolvimento social, incentivando **intervenções setoriais e intersetoriais** que resultem na **humanização do parto e do nascimento**.

Específicos

Os participantes serão convidados a:

• Conhecer colegas da mesma e de outras áreas, estabelecendo **vínculos** e

desenvolvendo conceitos comuns que facilitem a articulação de ações.

- Abrir-se à oportunidade de discutir, de forma participativa, práticas que muitas vezes representam ruptura de paradigmas.
- Discutir os princípios da assistência ao trabalho de parto, ao parto e ao nascimento com base em evidência científica e a importância da interação precoce entre mãe e recém-nascido.
- Reconhecer a importância da dimensão emocional envolvida no atendimento à gestante/parturiente, a seu/sua **acompanhante** e ao recém-nascido.
- Refletir sobre a importância de uma prática pautada na humanização do atendimento à gestante/parturiente que integre os membros da equipe multiprofissional no momento do parto (obstetra, pediatra, enfermeiros, equipe de enfermagem) e demais profissionais (psicólogo, assistente social e educadores) que têm contato com as gestantes antes e após o nascimento.
- Preparar-se para melhor conduzir grupos de discussões com gestantes e seus familiares, disseminando informações sobre o trabalho de parto e as rotinas hospitalares que contribuam para a tomada de decisões sobre temas relativos ao processo de parto e nascimento.
- Identificar um público que possa interessar-se em receber instrumentos conceituais que ajudem a mudar o olhar e o fazer no campo das práticas/procedimentos relativos à assistência ao parto/nascimento e elaborar um **Plano de Reedição** da oficina.
- Propor ações para mudanças nas práticas no sentido de incorporar a humanização no parto e nascimento por meio da elaboração de **Planos de Ação**.

Atenção!

Este material não pretende esgotar o tema, não é um manual técnico para aspectos biomédicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante a realização da oficina de formação, é esperado que todos os participantes elaborem, em grupos, o que chamamos de Plano de Reedição da oficina. Tais participantes assumirão o papel de reeditores da oficina, de modo a viabilizar a disseminação das aprendizagens entre seus pares, em suas unidades de trabalho.

É ainda na oficina de formação que os participantes definirão os

profissionais que serão envolvidos nas estratégias de mudança de práticas que se deseja ver concretizadas na atenção à primeiríssima infância no município. É esperado que os reeditores iniciem o planejamento das ações durante a própria oficina e que iniciem o desenho de um Plano de Ação.

A página 98 deste caderno disponibiliza um modelo de ferramenta que serve tanto para orientar a elaboração do Plano de Ação quanto do Plano de Reedição.

INDICADORES DE ÊXITO

Profissionais de saúde atuando em maternidades:

- Promovem ambientes nos quais os protagonistas do parto (mãe, acompanhante e bebê) sintam-se acolhidos e valorizados.
- Reduzem a quantidade de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, recorrendo apenas àquelas cuja eficiência é cientificamente comprovada e indicada para as situações específicas, assegurando o esclarecimento e consentimento da parturiente às intervenções.
- Oferecem apoio afetuoso e informações à parturiente e ao/à seu/sua acompanhante sobre o processo à medida que ele ocorre, valorizando o protagonismo da mulher.
- Promovem o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e a amamentação na primeira hora de vida e ainda na sala de parto, sempre que as condições do recém-nascido e da mãe possibilitarem.
- Atuam em equipes multiprofissionais, adotando em comum acordo rotinas, procedimentos técnicos e protocolos que promovem a humanização do parto e do nascimento.
- Colaboram na promoção da via de parto mais segura para cada gestante e para o seu bebê, sendo capazes de perceber a singularidade de cada caso e incentivando o **parto normal**.

Profissionais de saúde, educação, assistência social e outros que atuam junto a gestantes/parturientes e suas famílias:

- Criam oportunidades para esclarecer questionamentos e dúvidas da gestante, resgatando seus conhecimentos, expectativas, mitos/tabus sobre os diferentes tipos de parto, solidarizando-se de maneira

afetuosa com sua potencial ansiedade e eventual medo, seja nas consultas de pré-natal ou nos grupos de **famílias grávidas**.

- Estabelecem articulações interinstitucionais que viabilizem a visita da gestante e acompanhante à maternidade durante a gravidez.
- Coordenam ou participam ativamente de grupos de **famílias** nos quais gestantes, mães e pais possam trocar experiências e aprender mais sobre parto e nascimento saudáveis.
- Incentivam o conhecimento e uso do Cartão da Gestante como registro valioso para o **cuidado**.
- Disseminam informações que possam ajudar a gestante e o acompanhante a conhecer a fisiologia do parto, bem como a ampliar a autonomia da mulher.
- Convidam o pai da criança/companheiro da mulher/acompanhante do parto a participar ativamente no parto/nascimento da criança.
- Valorizam a decisão consciente da mulher sobre a conveniência de ter ou não filhos em determinado momento da vida (orientação preconcepcional) e introduzem conceitos sobre o planejamento familiar.
- Atuam de forma intersetorial, comunicando-se, trocando informações, encaminhando casos e promovendo reuniões, campanhas e mobilizações que resultem na promoção da humanização do parto e do nascimento.
- Aproveitam as oportunidades de contato com as gestantes para disseminar os seus direitos.

Gestantes:

- Participam de grupos de famílias grávidas, trocando experiências e compartilhando conhecimentos.
- Recebem informações com base científica sobre parto/nascimento.
- Elaboram um **Plano de Parto**.
- Visitam o hospital/maternidade onde irão dar à luz.
- Escolhem o acompanhante para o momento do parto e pós-parto.
- Fazem no mínimo sete consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre de gravidez, e nesses momentos sentem-se acolhidas e valorizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em que são atendidas.
- Tomam decisões e praticam ações coerentes com o que

aprenderam, durante o pré-natal, sobre parto/nascimento.
- São informadas sobre como utilizar a rede de apoio social para fazer valer os seus direitos no trabalho ou na escola.

Parturientes:
- Contam com a presença de acompanhante bem preparado, durante o processo de trabalho de parto, no parto e no pós-parto.
- Têm acesso a métodos para alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento e, sempre que necessário, a medicamentos.
- Têm liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto, incluindo a ingestão de líquidos e carboidratos.
- Têm acesso a orientações sobre amamentação no pós-parto.
- Contam com o apoio de profissionais que avaliam o seu estado emocional e questões vinculares com o recém-nascido.
- Saem do hospital já com a consulta marcada para a avaliação do puerpério e discussão de planejamento familiar.

Recém-nascidos:
- Têm contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, sempre que possível.
- São amamentados com leite do peito na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, sempre que possível.
- São alojados junto à mãe se não houver impedimento de saúde.
- Recebem o banho apenas depois de seis horas de vida, acompanhado de cuidados que lhes proporcionam segurança e prazer.
- Recebem vacinas ainda no hospital (BCG, hepatite B).
- Realizam os exames da triagem neonatal (Olhinho, Orelhinha, Pezinho), preferencialmente com a presença da mãe.
- Saem do hospital com o Registro Civil de Nascimento.
- Saem do hospital com a Caderneta da Criança.
- Saem da maternidade com agendamento da consulta ao pediatra ou visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família (ESF), juntamente com consulta da puérpera na Unidade Básica de Saúde.

EXEMPLOS DO IMPACTO NA REALIDADE DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

As oficinas de *Formação em humanização do parto e nascimento* buscam produzir mudanças no olhar e na prática dos profissionais de saúde, assistência social e educação, que possam ter impacto na forma como as mães dão à luz e as crianças são recebidas.

Casos como os que relatamos a seguir mostram que perspectivas e crenças sobre o desenvolvimento infantil estão se transformando nos municípios envolvidos com o Programa Primeiríssima Infância, o que gera ações que melhoram a qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

- Em um município, o contato pele a pele entre mãe e bebê e o aleitamento materno na primeira hora de vida passaram a ser incentivados. Os profissionais participantes da oficina, após assistirem à exposição teórica sobre a relevância do procedimento, levantaram quais seriam os principais obstáculos para a implantação desta prática. Em seguida, elaboraram estratégias para sensibilizar os membros da equipe ausentes na oficina e buscaram o envolvimento dos gestores da unidade hospitalar.
- Em outro município, iniciou-se a articulação para agendamento da consulta ambulatorial da puérpera e do seu recém-nascido, quando a mesma ainda se encontrava na unidade hospitalar, minimizando possíveis faltas ou atrasos na avaliação clínica de mãe e filho ainda na primeira semana de vida.
- Outra mudança significativa em diversos municípios foi a prática de assegurar a visita da gestante e acompanhante à maternidade durante o pré-natal para ampliar o conhecimento das rotinas e do ambiente, contribuindo para aumentar a tranquilidade no momento do parto.
- A formação de doulas (acompanhantes de parto profissionais, responsáveis pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto) também foi uma das estratégias utilizadas por alguns municípios para qualificar o atendimento às parturientes. A partir dessa formação, surgiram várias outras iniciativas, tal como um encontro regional de doulas. O objetivo do encontro foi planejar ações regionais para fortalecer a rede de atendimento à mulher nas cidades participantes, almejando uma sólida **rede de apoio** ao **parto humanizado**.

Mensagens **BÁSICAS**

A atenção humanizada ao parto e ao nascimento conforta mãe e criança e favorece um encontro positivo entre o bebê e o mundo exterior

A forma de nascer tem forte impacto nas primeiras relações do bebê com o seu novo ambiente, físico e psíquico. Humanizar o parto e o nascimento significa aliar às práticas técnico-científicas multiprofissionais envolvidas o suporte emocional à parturiente e seu acompanhante, diminuindo sua ansiedade, reforçando a autonomia da mulher, extinguindo intervenções desnecessárias (como a tricotomia, enema, ocitocina e posição horizontal de rotina) durante o parto e promovendo o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o pai com o bebê.

O parto humanizado é um direito de toda mulher e de todo recém-nascido

O BRASIL POSSUI LEGISLAÇÃO QUE GARANTE À PARTURIENTE E AO RECÉM-NASCIDO O DIREITO À HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

O Brasil possui legislação que garante à parturiente e ao recém-nascido o direito à humanização do parto e do nascimento. Em maio de 2014, foi criada uma portaria que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).

A mulher, dona de seu próprio corpo, é autônoma e, por isso, deve liderar o processo de parto e pós-parto

Consciente de seu poder de gerar vida, a mulher é autônoma e capaz de tomar decisões a respeito do parto/nascimento.

O PARTO É UM MOMENTO DE IMPORTANTES MUDANÇAS PARA A MULHER

Durante o período pré-natal e no decurso do processo de parto, a gestante precisa ser informada e encorajada, construindo conhecimento a respeito da experiência que está vivenciando e refletindo a respeito da conveniência de determinados procedimentos, acompanhando o processo para participar do parto indicado, tendo em vista a saúde da mãe e do bebê e escolhendo a pessoa que irá acompanhá-la, entre outros aspectos.

Aspectos emocionais do parto e do nascimento são cruciais na promoção da saúde da mãe e do bebê, prevenindo-se a morbidade (adoecimento) e a mortalidade tanto materna quanto do recém-nascido

O parto é um momento de importantes mudanças para a mulher. Os profissionais de saúde podem prevenir a mortalidade e a morbidade oferecendo, junto com as melhores práticas multiprofissionais, cuidado, informação, orientação e apoio no pré-natal, no acolhimento à parturiente e durante todo o processo de parto/nascimento/pós-parto.

Cada nascimento gera mudanças na família e na sociedade

Enquanto o parto é um fenômeno físico natural, amplamente conhecido, o nascimento inclui dimensões psíquicas e sociais complexas, implicando a transformação da mulher em mãe, do homem em pai, de um filho único num irmão mais velho, de quatro adultos em avós – com mudanças radicais nas vidas dessas pessoas. Não apenas a família é impactada, mas também a comunidade, pois todos são responsáveis por cuidar, proteger e educar o recém-chegado. A base da humanização do parto e do nascimento visa ampliar o foco exclusivo dos procedimentos, locais e equipamentos, incluindo a atitude de cuidado em relação à parturiente/acompanhante/nascituro, e na reverência demonstrada pelo profissional de saúde por esse momento, ao compreender o processo que nele resulta e dele decorre.

A orientação e o apoio durante o pré-natal contribuem para empoderar a mulher, preparando o momento do parto e do nascimento

Nas consultas do pré-natal e/ou nos grupos de gestantes, as mulheres podem encontrar um espaço onde seus medos e dúvidas são acolhidos, experiências são compartilhadas e informações podem eliminar ou amenizar sua ansiedade à medida que o desconhecido vai se tornando conhecido. É o momento de saber como é a fisiologia do parto, o que vai ocorrer no momento e de fazer o Plano de Parto, tomando decisões, junto com o profissional de saúde, a respeito dos procedimentos que ela deseja que sejam realizados durante o trabalho de parto e sobre a pessoa da família que poderá acompanhá-la no processo. Essa oportunidade deve ser valorizada pelo profissional que atende ao pré-natal para não deixar para o momento do parto – quando há dor e ansiedade – a discussão desses aspectos cruciais para o núcleo familiar.

Na ausência de impedimentos relevantes, o parto normal é a melhor opção para a mulher e para o bebê

É oportuno que profissionais de saúde, educação, assistência social, comunicação e toda a rede de atenção reproduzam a mesma mensagem: a via de parto vaginal é a melhor opção para a mulher, sempre que não houver recomendação médica para o parto cesárea.

EM GERAL, O FUNCIONAMENTO DO CORPO DA MULHER DURANTE O PARTO É CAPAZ DE REALIZAR TODAS AS ALTERAÇÕES (DILATAÇÃO, EXPULSÃO) PARA O NASCIMENTO DO BEBÊ

O importante não é nascer depressa, mas nascer bem

Em geral, o funcionamento do corpo da mulher durante o parto é capaz de realizar todas as alterações (dilatação, expulsão) para o nascimento do bebê. As evidências científicas mais recentes demonstram que intervenções para acelerar o processo são desnecessárias e potencialmente perigosas, quando são usadas de forma protocolar. Cada organismo tem um ritmo próprio e diferenciado, até mesmo

na mesma mulher entre os diferentes filhos. O foco da qualidade da assistência ao parto deve ser o reconhecimento das etapas do parto, o monitoramento de intercorrências e a tranquilização da gestante e acompanhante para viabilizar o parto seguro. A rapidez não é uma qualidade, e esse é um momento em que o dito popular se aplica: "a pressa é inimiga da perfeição".

MASSAGENS, TÉCNICAS DE RELAXAMENTO E RESPIRAÇÃO, BEM COMO RECURSOS FARMACOLÓGICOS, PODEM SER USADOS, TRAZENDO CONFORTO PARA A PARTURIENTE

Existem muitas alternativas, além das farmacológicas, para amenizar a dor durante o processo de parto

Massagens, técnicas de relaxamento e respiração, bem como recursos farmacológicos, podem ser usados, trazendo conforto para a parturiente. As equipes e a própria parturiente devem ser preparadas e encorajadas a adotar métodos alternativos de controle da dor, sempre levando-se em conta que, em algumas realidades, a anestesia é o único recurso para minimizar a experiência de dor envolvida no parto. O acesso à analgesia medicamentosa deve integrar o conjunto de cuidados à parturiente – sob uma supervisão profissional habilitada e, idealmente, após uma escolha livre e esclarecida.

O parto é um processo longo e os profissionais responsáveis devem estar atentos a todos os sinais de risco

Não existe parto inteiramente desprovido de risco, daí a necessidade de atenção contínua durante todo o processo, utilizando instrumentos como o **partograma** e intervindo com base em evidências científicas, ao mesmo tempo que se oferece apoio emocional à parturiente e a seu acompanhante.

A proposta de humanização sugere menos intervenções, mas não dispensa a segurança

Ela pressupõe a adoção de práticas que promovam a integração da família com o processo de dar à luz. O trabalho de parto não prescinde de segurança e nem deve

COMO DIRIA MICHEL ODENT (1981): "PARA MUDAR A VIDA, É PRECISO MUDAR ANTES O NASCIMENTO"

ser minimizado no contexto de atendimento efetivo. A tecnologia tem o seu espaço garantido na medida em que promove suporte, por exemplo, para o monitoramento da condição materna e fetal. Assim, nessa proposta, o profissional que assiste à mulher no parto não possui apenas técnica, mas também empatia e capacidade de comunicação. Como diria Michel Odent (1981): "Para mudar a vida, é preciso mudar antes o nascimento".

Contato pele a pele e aleitamento materno logo ao nascer contribuem para o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê

Estudos (Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert, 2010) mostram que essas duas providências simples estão associadas à diminuição de hemorragia puerperal, melhor amamentação e menores índices de mortalidade infantil. Trata-se de uma conduta elementar que pode trazer numerosos benefícios para a mãe e para o recém-nascido.

A assistência obstétrica adequada e de boa qualidade depende da mudança de postura profissional que, em qualquer nível da hierarquia, compõe uma Rede de Atenção Integral no atendimento individual e coletivo de cada mulher, bebê e família. Para tanto, o apoio institucional é fundamental

A atenção à parturiente e ao recém-nascido – com adoção de práticas mais acolhedoras, individualizadas, embasadas cientificamente e menos intervencionistas – exige o envolvimento dos gestores do sistema de saúde e o seu compromisso com medidas político-administrativas que garantam a escuta atenta e respeitosa dos profissionais envolvidos, bem como as condições básicas para a implementação de mudanças na realidade local. Tais medidas incluem: descrição de papéis profissionais; disponibilização de quantidade suficiente de cuidadores; construção coletiva de uma filosofia de atendimento institucional; adoção de

rotinas; procedimentos técnicos e protocolos coletivamente acordados; definição de fluxos de comunicação entre as equipes que compõem os diferentes níveis hierárquicos do atendimento em saúde do município. Esta última medida, em especial, possibilita que toda a equipe possa compreender a evolução da mulher e do recém-nascido no hospital/maternidade e na unidade ambulatorial.

Texto para **REFLEXÃO**

Este capítulo traz referenciais teóricos para a oficina *Formação em humanização do parto e nascimento*. Alguns deles são tratados durante a oficina, enquanto outros servem de subsídio para o aprofundamento das discussões e a melhoria das práticas.

TEXTO 1 – PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À MULHER

Extraído de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher */ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 199p. Capítulos 3, 4, 5 e 21.*

CAPÍTULO 3 – PREPARANDO A MULHER PARA O PARTO

É fundamental para a humanização do parto o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isso requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve também uma abordagem de acolhimento da mulher e de seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações – desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros.

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo.

É importante ressaltar que esse atendimento, quando possível, deve ser oferecido à gestante e ao acompanhante, que poderá estar a seu lado durante o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e no parto, vivenciando junto à mulher a experiência do nascimento. O profissional de saúde desempenha um papel relevante como facilitador para o desenvolvimento desta atenção como parte dos serviços de pré-natal. Também participa das orientações, aconselhamentos específicos e atividades, no preparo da mulher e de seu acompanhante para o parto.

Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade, entre outras.

É importante considerar, nesse processo, os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais.

Os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar as seguintes medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade:

- Manter o diálogo com a mulher e seu acompanhante, durante qualquer procedimento realizado na consulta pré-natal, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes as dúvidas e seus temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.
- Informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e no parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante.

É IMPORTANTE CONSIDERAR, NESSE PROCESSO, OS DESEJOS E VALORES DA MULHER E ADOTAR UMA POSTURA SENSÍVEL E ÉTICA, RESPEITANDO-A COMO CIDADÃ E ELIMINANDO AS VIOLÊNCIAS VERBAIS E NÃO VERBAIS

UMA SÉRIE DE DIFICULDADES PRÁTICAS PODE SURGIR DURANTE A REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PROPICIAR À GESTANTE/ PARTURIENTE UMA ASSISTÊNCIA MAIS HUMANIZADA

- Promover visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o estresse do processo de internação no momento do parto.
- Informar as etapas de todo o processo do trabalho de parto e do parto, esclarecendo sobre as possíveis alterações.
- Adotar medidas para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento.
- Dar à gestante e a seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto e a segurança da mulher e do recém-nascido.

Uma série de dificuldades práticas pode surgir durante a reorganização dos serviços de saúde para propiciar à gestante/parturiente uma assistência mais humanizada. Para contorná-las, alguns serviços têm proposto a criação de grupos de apoio. A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira(o), psicóloga(o), assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher a lidar com as vivências e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade.

O grupo de apoio aborda os aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto.

Uma meta importante de um serviço que contemple estes aspectos é a de implementar o atendimento específico às mulheres grávidas utilizando recursos já existentes na rede de saúde. O atendimento poderia

ser desenvolvido em uma unidade de saúde já funcionando. Podem-se utilizar os mesmos consultórios da unidade de saúde para o atendimento médico, estabelecendo um horário especifico para as atividades do programa. Para os grupos de apoio, pode-se adaptar uma sala já utilizada para reuniões de grupo e ações educativas na unidade de saúde.

O objetivo destas atividades é complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência por parte das mulheres às indicações médicas, diminuir as ansiedades e medos em relação à gravidez, parto e puerpério, incluindo as vivências e necessidades da mãe e do recém-nascido, o aleitamento materno e a contracepção. Ao mesmo tempo, também o de realizar um trabalho corporal de relaxamento e respiração para melhorar a adequação corporal ao trabalho de parto e ao parto, favorecendo o parto normal.

Além das medidas educativas que devem ser introduzidas nos programas de pré-natal, durante a gravidez, a preparação da mulher para o nascimento compreende, principalmente, a adoção de medidas referentes ao trabalho corporal. O objetivo da implementação destas medidas é oferecer à mulher um melhor conhecimento da percepção corporal, bem como do relaxamento e da respiração para um melhor controle do trabalho de parto e do parto. Para isso é necessário trabalhar com a gestante com exercícios próprios para cada etapa da gravidez, com o relaxamento e com os exercícios respiratórios.

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. Os exercícios respiratórios têm por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações das contrações durante o trabalho de parto. Embora realizados ainda durante o pré-natal, são dirigidos à utilização durante o trabalho de parto e o parto.

O ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível conduz ao relaxamento psicofísico da mulher, do acompanhante e da equipe de profissionais e indica qualidade da assistência. O recurso da música e das cores representa formas alternativas de abordagem que buscam desenvolver potenciais e/ou restaurar funções corporais

O AMBIENTE ACOLHEDOR, CONFORTÁVEL E O MAIS SILENCIOSO POSSÍVEL CONDUZ AO RELAXAMENTO PSICOFÍSICO DA MULHER, DO ACOMPANHANTE E DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS E INDICA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

da parturiente, acompanhante e da equipe profissional. A utilização de roupas confortáveis também é uma medida importante para favorecer o relaxamento.

Na literatura médica são descritos vários métodos psicoprofiláticos e de relaxamento que podem ser iniciados no pré-natal – Método de Dick-Read, Bradley e Método de Lamaze. Tais métodos pressupõem que sua utilização resulte na redução do medo, da tensão e da dor, melhorando o tônus muscular e aumentando o relaxamento, desta forma favorecendo a evolução do trabalho de parto e do parto. Enfatizam a respiração lenta, o relaxamento muscular e as técnicas para os esforços de puxos.

Infelizmente, a utilização de tais métodos não tem sido motivo de estudos clínicos controlados para avaliar sua efetiva contribuição para a evolução do trabalho de parto e do parto. As poucas evidências científicas disponíveis sobre este assunto têm demonstrado concretamente apenas uma diminuição na necessidade de drogas analgésicas, uma maior satisfação com o processo do nascimento e nenhum efeito adverso. Entretanto, a expectativa com relação aos resultados deste tipo de intervenção deve ser claramente explicitada para que não ocorram expectativas que não correspondam à realidade.

1. Método de Dick-Read

Considerado um dos pilares para a educação preparatória para o parto em diversos países, este método orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdome e técnicas de relaxamento. Preconiza o aprendizado do relaxamento através da concentração em cada parte do corpo, separadamente, dos pés à cabeça, contraindo e relaxando os músculos. Recomenda a presença de acompanhante, pois o fato de a mulher permanecer sozinha durante o trabalho de parto gera medo. Possui como objetivo principal evitar a tríade medo/tensão/dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o terror e evita a tensão, controlando a dor.

Segundo este método, são três os fatores que causam medo:

a) Sugestão – As mulheres são condicionadas negativamente

em relação ao parto, desde a infância. A comunidade à qual ela pertence e os meios de comunicação exercem um importante papel nessa sugestão, ressaltando os sofrimentos do parto. Infelizmente, essa sugestão também pode partir de profissionais da área da saúde.

b) Ignorância – A gestante é muito ansiosa, por ignorar as modificações que ocorrem em seu organismo durante o ciclo gravídico-puerperal. Com frequência preocupa-se com o desenvolvimento fetal, sua nutrição, posição dentro do útero, malformações, etc. As gestantes poderiam ser preparadas para o trabalho de parto, sem medo e tensão, se aprendessem a encarar a gravidez e o parto como processo fisiológico.

c) Desamparo psicológico – É caracterizado pelo despreparo do profissional de saúde, e também pela indiferença demonstrada na falta de apoio psicológico e informação, por dificuldade de comunicar-se, ou por achar que a parturiente não deve saber da conduta adotada.

AS GESTANTES PODERIAM SER PREPARADAS PARA O TRABALHO DE PARTO, SEM MEDO E TENSÃO, SE APRENDESSEM A ENCARAR A GRAVIDEZ E O PARTO COMO PROCESSO FISIOLÓGICO

2. Método de Bradley

Este método reafirma o parto como um processo normal. Tem como principal foco as variáveis ambientais, como a penumbra e o silêncio, para que o parto seja uma experiência a mais natural possível. Neste método, o acompanhante assume também um papel de grande importância.

No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente. Ao deitar, é orientada a adotar a posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com os braços posicionados de maneira confortável, perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama; deve-se colocar um travesseiro sob a cabeça para aumentar o conforto). Durante cada contração, a mulher deve fechar os olhos, relaxar todos os músculos do corpo e respirar lenta e profundamente (inspirando pelo nariz e expirando pela boca). Neste período, o acompanhante é incentivado a colocar a mão sobre o abdome da mulher, durante a contração.

3. Método de Lamaze

Este método é também conhecido como método psicoprofilático da dor. A mulher pode ser ensinada a substituir suas reações à dor, ao medo e à perda de controle, por um comportamento mais positivo. O método de Lamaze é baseado na Teoria de Pavlov sobre o reflexo condicionado. Atualmente, é o método mais popular para preparação do parto. Nele, são combinados os relaxamentos musculares controlados e as técnicas de respiração. A mulher é ensinada a contrair grupos específicos de músculos, enquanto relaxa outros. Ela também aprende a focalizar um pequeno objeto que, durante o trabalho de parto, será usado como ponto focal. O objeto é colocado onde possa ser facilmente visto pela mulher. Exercícios respiratórios são explicados detalhadamente desde o período do pré-natal ate o pré-parto/parto.

O método de Lamaze incentiva a mulher e seu acompanhante a uma participação ativa no trabalho de parto e no parto. No pré-natal são trabalhados os vários tipos de respiração nos diferentes estágios do trabalho de parto, os métodos de relaxamento de certos grupos de músculos e as medidas a serem utilizadas para aumentar o conforto durante o trabalho de parto.

Quando inicia o trabalho de parto, a mulher é orientada a inspirar profundamente, focar sua atenção num objeto selecionado e expirar lenta e profundamente, usando o peito. No final da contração, ela novamente deve inspirar. Esta respiração permitirá que a parturiente descanse e recomponha-se. Isso poderá ser feito com a mulher deambulando ou em posição de Sims. À medida que evolui o trabalho de parto, e a mulher entra na fase ativa do parto, a respiração torácica lenta já não é tão eficiente. A mulher é então estimulada a iniciar pela respiração lenta, passar para uma mais curta e, quando a contração atingir seu pico, voltar a lento. A respiração rápida e realizada por longo período pode causar hiperventilação, um estado em que se reduz o nível de CO_2 no sangue. Esta ocorrência é indesejável para o organismo materno e fetal. Na realidade, são utilizadas variações nos padrões respiratórios, pois há algumas mulheres que descobrem um padrão respiratório próprio que lhes é mais confortável. O acompanhante tem papel fundamental no controle das contrações, incentivando a mulher a relaxar.

O MÉTODO DE LAMAZE INCENTIVA A MULHER E SEU ACOMPANHANTE A UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA NO TRABALHO DE PARTO E NO PARTO

Os métodos contemporâneos de educação preparatória para o parto tendem a combinar aspectos das diversas abordagens dos métodos de Dick-Read, Lamaze e Bradley. Tais métodos não possuem a pretensão de substituir na íntegra os métodos farmacológicos de minimização da dor e, sim, modificar a atitude da mulher e de seu acompanhante que, em vez de ligar o parto a medo e dor, passam a aceitá-lo com compreensão, segurança, tranquilidade e com participação ativa. Considerando que muitas mulheres não têm acesso a essas orientações no período gestacional, é importante que, ao serem admitidas em trabalho de parto, recebam orientações e acompanhamento quanto à realização dessas medidas educativas e de minimização de estresse e ansiedade. Tais medidas visam oferecer a estas mulheres uma postura ativa em seu trabalho de parto.

O OBJETIVO PRINCIPAL DO PREPARO DA MULHER E DE SEU ACOMPANHANTE É FAVORECER QUE O TRABALHO DE PARTO E O PARTO SEJAM VIVENCIADOS COM MAIS TRANQUILIDADE E PARTICIPAÇÃO

Outras medidas de relaxamento e alívio da dor

A associação de algumas medidas não farmacológicas como exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e a deambulação auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto. Estudos recentes demonstram vantagens para a mulher que deambula ou adota outras posições que não a deitada durante o trabalho de parto. Outros estudos ainda sugerem que as contrações uterinas são mais intensas e eficientes para a dilatação do colo somente com a mudança da posição da parturiente.

Outras medidas que podem ser utilizadas com frequência são o banho de chuveiro ou de imersão e massagens feitas por acompanhante ou profissional de saúde. O banho pode ser utilizado no início da fase ativa do parto, ou seja, quando as contrações começam a ficar mais intensas.

As medidas e/ou técnicas como o uso de calor e frio superficiais, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, imersão na água, ervas e aromaterapia com óleos perfumados ainda não possuem estudos controlados para estabelecer sua efetividade.

O objetivo principal do preparo da mulher e de seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família.

CAPÍTULO 4 – AVALIAÇÃO CRÍTICA DO TIPO DE PARTO

O objetivo principal dos profissionais que atendem partos, e seguramente também das mulheres que recebem seus serviços, é o de se obter, ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro, como também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar.

Este objetivo ideal, contudo, é mais difícil de se atingir do que possa parecer à primeira vista. Envolve necessariamente o preparo e as expectativas da mulher, de seus companheiro e familiares; os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e à gravidez/parto; a adequação da instituição ou local onde acontecerá o nascimento; a capacitação técnica do profissional envolvido com esta atenção e, fundamentalmente, sua atitude ética e humana.

Nada mais atual que a discussão sobre a via de parto ou, mais especificamente, sobre a operação cesariana como tecnologia para o nascimento. Suas propriedades, vantagens, desvantagens, indicações, custos e fatores relacionados ao aumento da incidência têm sido motivo de longas discussões, tanto de caráter científico quanto popular.

Evolução

Historicamente, a cesárea representou uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento, como mostra a tabela a seguir.

Algumas taxas internacionais de sobrevivência de cesárea, século XVIII

País	Período	Número de casos	% mulheres que sobreviveram	Fonte
EUA	até 1877	80	48	Young (1944)
Alemanha	até 1872	712	47	Schroeder (1873)
França	até 1872	344	45	Schroeder (1873)
Reino Unido	até 1879	131	18	Schroeder (1880)

FONTE: FRANCOME E COLS, 1993.

COMO SE SABE, A FALTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PODE TRAZER CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS À CRIANÇA, À FAMÍLIA E À SOCIEDADE

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia e em outras áreas afins, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Essa segurança, associada ao alargamento de sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir do início da segunda metade deste século[1].

Desde o momento em que a morbidade e a mortalidade associadas à cesárea diminuíram, tanto para a mulher como para o recém-nascido, as indicações começaram a aumentar rapidamente. Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar, indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização de uma operação cesariana.

Não existem dúvidas sobre a importância desse procedimento cirúrgico como tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam da interrupção da gestação como a única maneira de preservar a saúde da mulher ou do feto. Esse recurso, de efeito benéfico tão claro e indiscutível, não é, todavia, ainda hoje acessível a uma grande parcela da população de mulheres das regiões menos desenvolvidas.

Por outro lado, já existem evidências suficientes que permitem dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para um aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil. Também já é conhecido o fato de que traumatismos fetais também ocorrem em cesarianas, especialmente em casos de prematuridade.

Assim, também é consenso que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e a criança. Embora nos dias de hoje

1. Nota da edição: o texto se refere à segunda metade do século XX.

muitos profissionais e mulheres pratiquem a escolha antecipada do tipo de parto, esta não é uma simples questão de preferência. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras.

A decisão pela indicação de se realizar uma cesariana deve ser médica, com a participação ativa da mulher. Ela deve saber que existem formas alternativas para controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. Além disso, deve ser informada também de que o parto vaginal após uma cesárea (PVAC) é não só seguro, como também desejável, ajudando a evitar os problemas potencialmente decorrentes de cesáreas de repetição.

Situação atual

A elevação nas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e, mais especificamente, no Brasil, onde chega a ser considerada epidêmica. Situações semelhantes enfrentaram ou têm enfrentado outros países como Porto Rico, Estados Unidos, Canadá e Itália, além de alguns outros europeus e latino-americanos, que apresentam as maiores taxas de cesárea depois do Brasil, todas superiores ao nível máximo de 15% teoricamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Entretanto, o Brasil não é mais o campeão mundial de cesáreas. Foi já suplantado pelo Chile, na América Latina, e por alguns outros pequenos países asiáticos. O quadro ao lado mostra a porcentagem de partos por cesariana em países do continente americano, ultrapassando 20% na maioria deles, além de alguns outros indicadores de saúde reprodutiva desses países.

É importante, ainda, considerar que os determinantes médicos, ou melhor, biológicos, para a indicação das cesáreas de fato existem e são realmente mais frequentes em populações de menor nível de desenvolvimento. Desconhecer esta característica

A DECISÃO PELA INDICAÇÃO DE SE REALIZAR UMA CESARIANA DEVE SER MÉDICA, COM A PARTICIPAÇÃO ATIVA DA MULHER

Alguns indicadores de saúde reprodutiva em países das Américas

País	% de cesáreas	% de mortes afecções perinatais	% BPN < 2.500g	RMM/ 100.000 NV	% PN por pessoal capacitado	% partos pessoal capacitado
Argentina	25,4	50,2	7	38	95	97
Bolívia	5	–	12	390	90	43
Brasil	28	53,9	8	45	53	97
Canadá	18	54,4	6	5,5	99	99
Chile	33	36	5	23	88	100
Colômbia	16,8	45,1	9	78	83	89
Costa Rica	20,8	50	7	17	56	98
Cuba	23	40	7	27	100	100
EUA	20	52,8	7	8,4	96	99
México	24,1	43,7	7	47	–	64
Paraguai	8,7	40,2	5	102	64	85
Peru	8,7	44,6	11	265	67	56
Rep. Dominicana	25,9	–	13	110	–	95
Uruguai	21,9	55,3	8	29	92	98
Venezuela	21	46,5	9	60	26	96

BNP = BAIXO PESO AO NASCER; RMM = RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA; NV = NASCIDOS VIVOS; PN = PARTOS NORMAIS. FONTE: FESCINA, 2000.

seria permanecer alheio ao problema. É maior no Brasil que no Canadá, por exemplo, a prevalência de processos patológicos próprios ou associados à gestação e que contribuem para a indicação do parto cesariana. Porém este argumento que justificaria a maior proporção de cesáreas entre nós do que no Primeiro Mundo não serve para justificar por que os estado de São Paulo e Rio de Janeiro têm mais cesáreas que as regiões Norte e Nordeste do Brasil. Já é fato também bastante conhecido e estudado que os níveis de cesariana não se relacionam de fato com a prevalência de condições patológicas na população que poderiam explicar sua indicação. Na quase totalidade dos países em que seus índices são elevados, a prevalência é diretamente proporcional ao nível de renda da mulher.

NUM CONTEXTO COMO O BRASILEIRO, COM ALTA PREVALÊNCIA DE CESARIANAS, CADA VEZ SÃO MAIS FREQUENTES AS SITUAÇÕES DE GESTANTES COM ANTECEDENTE DE CESÁREA

Ainda que se considerem também os maiores riscos demográficos de parto por cesárea associados, por exemplo, à idade materna precoce ou elevada, ou ainda à paridade baixa ou muito elevada, nem todo o conjunto de possíveis indicações médicas para o parto cesárea consegue explicar a epidemia de partos operatórios abdominais em nosso país.

É bem verdade que atualmente se admitem, na obstetrícia moderna, indicações bem mais alargadas para a realização de uma cesariana, muitas vezes sem uma justificativa obstétrica adequada. Os exemplos mais apropriados neste sentido são o sofrimento fetal e o antecedente de cesárea. Excetuando-se as causas universalmente aceitas de parto por via cesárea, com rigorosa indicação obstétrica, estas duas causas adicionais representam, na maioria dos contextos, uma importante porcentagem de todos os partos terminados por cesárea.

Num contexto como o brasileiro, com alta prevalência de cesarianas, cada vez são mais frequentes as situações de gestantes com antecedente de cesárea. E, embora pouco admitido cientificamente, a repetição das cesarianas é um procedimento bastante comum tanto no Brasil como nos Estados Unidos e em outros países com altas taxas. O significado e as possíveis consequências futuras da presença de uma cicatriz uterina não têm sido enfatizados e recordados o suficiente quando se indica a primeira cesárea em uma mulher. A cicatriz e a morbidade a ela associadas poderão influenciar o seu futuro reprodutivo.

A tentativa de se conseguir um parto vaginal após uma cesárea prévia parece ser uma boa alternativa, adotada por todos os países desenvolvidos em suas políticas de contenção dos níveis de cesarianas. Parece ainda ser uma alternativa vantajosa, sob o ponto de vista de morbidade, tanto materna quanto perinatal, às cesáreas com data e hora marcadas, procedimento tão comum na obstetrícia brasileira. É provável, contudo, que esta alternativa só consiga se difundir mais genericamente no país à medida que as intervenções sejam firmemente dirigidas

no sentido de controlar, de maneira séria e tecnicamente correta, a realização da cesariana sem justificativa médica.

Há a necessidade da informação e formação de opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que seja mais benéfico para a sua saúde e a de seus filhos. Só com a aspiração e a vontade das mulheres poder-se-ia conseguir que elas tivessem, por exemplo, um PVAC (parto vaginal após cesárea), que seus médicos concordassem e se preparassem para seguir clinicamente um trabalho de parto, convencidos de que esta fosse realmente a melhor alternativa para todos.

A vontade da mulher – e consequentemente de seus médicos em se submeter a uma prova de trabalho de parto após uma cesárea tem aumentado bastante nos Estados Unidos e no Canadá, a exemplo do que sempre aconteceu na Europa. É uma reivindicação que atualmente faz parte da rotina obstétrica destes países a tentativa de parto vaginal após uma cicatriz de cesárea, para o qual dispõem de uma sigla que se tornou muito popular – VBAC (*vaginal birth after cesarean*, ou PVAC, parto vaginal após cesárea) –, solicitada pela maioria das mulheres nestas condições, situação ainda muito distante de nossa realidade.

Riscos associados

Apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, mesmo nos países onde a mortalidade materna é reduzida, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. Além das causas tradicionais de morte materna em países em desenvolvimento, notadamente a hemorragia e infecção, no caso específico da cesárea, a exemplo do que acontece em países desenvolvidos, há também a contribuição da embolia pulmonar e dos acidentes anestésicos como causa de óbito materno.

MESMO NOS PAÍSES ONDE A MORTALIDADE MATERNA É REDUZIDA, O RISCO RELATIVO DE MORTE MATERNA É AINDA MAIS ELEVADO NA CESARIANA QUE NO PARTO NORMAL

Já é bastante conhecida a maior morbidade materna decorrente de complicações de cesárea, especialmente a infecção e hemorragia, embora os estudos sobre este tema sejam muito mais escassos, pela dificuldade em se padronizar e medir morbidade e também pelas variações populacionais. Outras complicações mais associadas ao

procedimento incluem o tromboembolismo, a infecção urinária e, especificamente no caso das cesáreas de repetição, o acretismo placentário e suas consequências. Mais recentemente, a necessidade de transfusões sanguíneas e de hemoderivados associada à realização de cesáreas introduziu, ainda, os riscos associados ao procedimento, particularmente o da transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana.

Além destas, outras condições de risco estão mais associadas ao parto por cesárea, comparativamente ao parto normal. É importante que o profissional de saúde conheça tais riscos e suas possíveis repercussões para levá-los em consideração no momento de decidir pela via de parto, como também para informar a mulher e seu companheiro, permitindo uma decisão compartilhada e consciente. Para cumprir com este objetivo de maneira clara e simples, as vantagens e desvantagens associadas ao tipo de parto estão resumidas na tabela que se segue.

Riscos potenciais associados ao tipo de parto

Risco	Parto normal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com anestesia	Anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior
Complicações	Menos frequentes	Mais frequentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Além da decisão obstétrica, baseada no conhecimento científico da especialidade, bem como no controle clínico de cada mulher sob cuidado, há seguramente várias ordens de fatores envolvidos, entre eles o que se refere aos abusos da intervenção médica. Enquanto prática social, o ato médico e o espaço de influência profissional têm a ver com relações econômicas, sociais, culturais e políticas, consideradas ao longo da história.

Num contexto de importância das aspirações da clientela e respeito às decisões da mulher enquanto usuária do sistema de saúde, torna-se relevante e necessário dispor de esclarecimentos a respeito das indicações precisas do recurso às cesáreas no trato de cada caso específico, ao lado do reconhecimento crítico das condições de sua utilização indiscriminada. Só a informação correta, cientificamente balizada, poderá ajudá-las na opção livre e informada, sobre a via de parto preferencial e os riscos associados.

A ATENÇÃO ADEQUADA À MULHER NO MOMENTO DO PARTO REPRESENTA UM PASSO INDISPENSÁVEL PARA GARANTIR QUE ELA POSSA EXERCER A MATERNIDADE COM SEGURANÇA E BEM-ESTAR

CAPÍTULO 5 – ASSISTÊNCIA À MULHER NO TRABALHO DE PARTO

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

A vivência que a mulher terá nesse momento será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

Como condições intrínsecas à mulher e à gestação, podem-se mencionar sua idade (ou maturidade), sua experiência em partos anteriores, a experiência das mulheres que lhe são próximas (sua mãe, irmãs, primas, amigas, etc.) com seus próprios partos, se a gravidez atual foi planejada (desejada), a segurança em relação a

POR HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO ENTENDE-SE UM PROCESSO QUE INCLUI DESDE A ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS DOS HOSPITAIS ATÉ UMA MUDANÇA DE POSTURA/ ATITUDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES

si mesma no que concerne a seu papel de mulher e de mãe, entre outros fatores. Como condições relacionadas ao sistema de saúde, vale mencionar a assistência pré-natal (que pode ter incluído ou não o adequado preparo físico e emocional para o parto) e a assistência ao parto propriamente dita.

Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos.

Entretanto, é conhecido que os hospitais também apresentam alguma resistência em modificar suas "rotinas" de obstetrícia e poucos são os que têm instalações/condições minimamente adequadas para, por exemplo, permitir a presença de um acompanhante para a gestante do SUS em trabalho de parto ou garantir sua privacidade.

Desta forma, é fundamental que não ocorra um descompasso entre o discurso e a prática e que a distância entre o que se recomenda e o que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a propiciar às mulheres brasileiras – sobretudo àquelas mais carentes – um parto verdadeiramente humanizado.

Assim, o respeito à mulher e seus familiares é fundamental: chamá-la pelo nome (evitando os termos "mãezinha", "dona", etc.), permitir que ela identifique cada membro da equipe de saúde (pelo nome e papel de cada um), informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, limpo, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades são atitudes relativamente simples e que requerem pouco mais que a boa vontade do profissional.

O TRABALHO DE PARTO DEVE SER ABORDADO COM ÉTICA PROFISSIONAL, APLICÁVEL A TODAS AS SITUAÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As recomendações a seguir são relativas à assistência ao trabalho de parto. Partem do pressuposto de que não existe uma única assistência "ideal" *sensu latu*, mas diferentes formas de acompanhar a parturiente durante o período de dilatação, a depender das condições do local da equipe de saúde que fará esse acompanhamento.

Adotando o princípio da medicina baseada em evidências, serão discutidas algumas práticas que, embora utilizadas, carecem de demonstrações claras quanto a seus benefícios. Adotar-se-á, na medida do possível, uma sequência cronológica dos eventos no período de dilatação e os procedimentos adequados no acompanhamento desses eventos.

1. Aspectos éticos

O trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional, aplicável a todas as situações de atenção à saúde. A adequada identificação da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais de saúde, o vestuário adequado desses profissionais, o respeito à intimidade e à privacidade da parturiente, além dos demais aspectos que pautam a relação profissional de saúde/parturiente/família, devem ser obedecidos com rigor no manejo do parto.

2. Diagnóstico de trabalho de parto

O diagnóstico do trabalho de parto se faz, em geral, pela presença das seguintes condições:

- Presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de frequência e intensidade, e que não diminuem com o repouso da gestante. O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e que dura entre 20 e 60 segundos.
- Apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino.

Nas fases mais iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho

AO FINAL DO PROCESSO GESTACIONAL, A MULHER PODE APRESENTAR UM QUADRO DENOMINADO "FALSO TRABALHO DE PARTO"

de parto com uma avaliação isolada. Nesses casos, reavaliar a gestante uma a duas horas após o primeiro exame pode ser necessário para confirmar o diagnóstico. Desta forma, faz-se necessário adequar a estrutura física das salas de admissão das gestantes, para que a reavaliação nesses casos seja viável.

É importante destacar que, ao final do processo gestacional, a mulher pode apresentar um quadro denominado "falso trabalho de parto", caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas. Algumas vezes, essas contrações são bem perceptíveis, contudo cessam em seguida e a cérvice uterina não apresenta dilatação. Tal situação promove alto grau de ansiedade e expectativa sobre a premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurar o hospital. O profissional deve estar atento a tais acontecimentos, a fim de evitar uma admissão precoce, ou intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

A perda do tampão mucoso ou "sinal" e a formação da bolsa das águas são indicadores menos precisos do trabalho de parto, na medida em que existem grande variações individuais entre o aparecimento desses sinais e o início real do trabalho de parto.

Embora nas gestações a termo a rotura das membranas ocorra, na maioria dos casos, durante o trabalho de parto, ela pode ocorrer até vários dias antes do início do mesmo (de 12% a 20%). Ainda não existem evidências claras sobre qual a melhor conduta nesses casos e várias alternativas têm sido utilizadas no manejo da rotura prematura de membranas em gestações a termo:

- Indução imediata do trabalho de parto.
- Indução após 6-12 horas.
- Conduta expectante por até 48 horas, com observação da gestante, seguida de indução se o trabalho de parto não se inicia espontaneamente.

Detalhes sobre as condutas nos casos de amniorrexe prematura estão disponíveis no manual de Gestação de Alto Risco (Brasil, 2000).

Qualquer que seja a conduta adotada, o toque vaginal deve ser evitado até que a gestante esteja em franco trabalho de parto, para minimizar os riscos de infecção ovular e puerperal.

3. Momento da internação

Não existe um "momento ideal" para internar a gestante em trabalho de parto. Embora o desejável seja a internação já na fase ativa, algumas gestantes poderão se beneficiar de uma internação mais precoce, ainda na fase latente: as que têm dificuldade de acesso ao local do parto e aquelas que – embora ainda não portadoras de condições que caracterizem gestação ou parto de alto risco – têm potencial um pouco maior de apresentar complicações no trabalho de parto, como as parturientes com idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura e/ou patologias clínicas de grau leve.

NÃO EXISTE UM "MOMENTO IDEAL" PARA INTERNAR A GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO. EMBORA O DESEJÁVEL SEJA A INTERNAÇÃO JÁ NA FASE ATIVA, ALGUMAS GESTANTES PODERÃO SE BENEFICIAR DE UMA INTERNAÇÃO MAIS PRECOCE

4. Procedimento na admissão/internação da parturiente

Anamnese

Nenhum atendimento em saúde, mesmo nos casos considerados de baixo risco, prescinde de uma anamnese dirigida, na qual serão avaliados: antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos (em que se inclui também o levantamento de complicações de partos em gestações anteriores), data da última menstruação, informações sobre a movimentação fetal e dados e evolução de gestação atual. Estes dados já devem rotineiramente fazer parte do Cartão da Gestante que todo serviço deveria fornecer às mulheres em acompanhamento pré-natal.

Exame clínico

Ainda que sumária nas gestações de evolução normal (ou de baixo risco), a avaliação clínica da gestante deve incluir medida dos dados vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, a presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores e a ausculta cardíaca e pulmonar.

Exame obstétrico

A ausculta da frequência cardíaca fetal (antes, durante e após a contração uterina), a medida da altura uterina e a palpação obstétrica (para determinar a situação, posição, apresentação e insinuação) são procedimentos obrigatórios na admissão da gestante.

Se existe suspeita de amniorrexe prematura ou sangramento genital, o exame especular deve ser rotina, precedendo a decisão pela realização do toque.

Os toques vaginais subsequentes ao do diagnóstico podem ser postergados, até que a gestante se encontre na fase ativa do trabalho de parto, e deve ser utilizado com muita parcimônia nos casos de suspeita/confirmação de amniorrexe prematura.

Quando existe sangramento vaginal, o toque deve ser realizado em condições controladas, pois pode se tratar de caso de placenta prévia, condição em que o toque pode provocar piora da hemorragia, com possíveis repercussões maternas e fetais.

Tricotomia

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando à redução na incidência de infecções de episiotomia, a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto.

Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução e quando os pelos começam a crescer e o risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis.

Por essas razões, e considerando o custo adicional para sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente.

Enteroclisma

Embora os benefícios tradicionalmente atribuídos à realização de enteroclisma (ou enema) rotineiro no início do trabalho de parto (menor risco de infecção local, maior facilidade para a descida da apresentação e influência positiva sobre

a contratilidade uterina) venham sendo cada vez mais questionados em vários estudos bem controlados, o abandono da sua prática merece ainda alguma reflexão.

Se, por um lado, a realização da lavagem intestinal gera para a parturiente algum desconforto durante sua execução e incrementa os custos de assistência ao parto, o conforto posterior da mulher e da própria equipe de saúde deve ser valorizado. Evacuar no momento do período expulsivo, com a genitália exposta, pode ser constrangedor para muitas mulheres. Por outro lado, nem sempre a equipe de saúde presente na sala de parto consegue lidar bem com tal situação, o que pode aumentar ainda mais o constrangimento da mulher. Desta forma, a decisão de realizar ou não o enteroclisma deve levar em conta essas condições, valorizando principalmente a opinião da parturiente. Esta, para poder decidir de forma consciente, deve receber orientação não tendenciosa durante o pré-natal, para que no momento da internação para o parto possa fazer a sua escolha. Não se deve onerar a gestante em trabalho de parto com um excesso de informações, obrigando-a a tomar decisões em um contexto em que ela necessitaria de um tempo maior e de mais tranquilidade para fazê-lo.

NÃO SE DEVE ONERAR A GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO COM UM EXCESSO DE INFORMAÇÕES, OBRIGANDO-A A TOMAR DECISÕES EM UM CONTEXTO EM QUE ELA NECESSITARIA DE UM TEMPO MAIOR E DE MAIS TRANQUILIDADE PARA FAZÊ-LO

5. Alimentação

Na fase latente do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco para cesárea deverão ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves.

Como durante essa fase a maioria das gestantes permanece em casa, essa orientação deve ser dada ainda durante o pré-natal. Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida, para as gestantes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas sem polpa, chá, café, refrigerante). Evidentemente, o bom senso e uma decisão conjunta entre o obstetra e o anestesista podem permitir a individualização de cada caso.

Todavia, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, com vias aéreas de difícil acesso) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se inclusive a ingestão de líquidos claros. Nos casos de cesáreas eletivas, o período de jejum para a realização do procedimento anestésico deve ser similar àquele adotado no serviço para procedimentos cirúrgicos em geral de mulheres não grávidas.

6. Higiene da parturiente

Durante o trabalho de parto, a gestante perde secreções pela vagina e frequentemente apresenta sudorese considerável. Ela deve, portanto, ser estimulada a se higienizar e devem estar disponíveis para ela condições para tanto. Um banheiro com chuveiro, toalhas, sabonetes e troca frequente de sua "bata" ou camisola, do "forro" e da roupa de cama gerarão uma sensação de maior conforto e bem-estar, tão desejável durante esse período.

Os banhos de chuveiro com água morna têm sido utilizados, de forma empírica, para aliviar a dor do trabalho de parto. Mesmo que não exista ainda comprovação científica em relação a isso, a sensação de relaxamento físico e mental após um banho pode contribuir para o bem-estar das gestantes.

7. Posição de parturiente

Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência e, em geral, de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha.

OS BANHOS DE CHUVEIRO COM ÁGUA MORNA TÊM SIDO UTILIZADOS, DE FORMA EMPÍRICA, PARA ALIVIAR A DOR DO TRABALHO DE PARTO

Quando deitada, a gestante deve ser orientada a não permanecer em decúbito dorsal horizontal porque esta posição reduz o fluxo sanguíneo uterino e placentário. Ou seja, quando deitada, a gestante deve adotar o decúbito lateral, tanto direito quanto esquerdo.

A posição vertical (parada ou deambulando) parece favorecer o trabalho de parto. Exceções a esta regra são as gestantes que apresentam rotura de bolsa com cabeça não encaixada (para evitar o prolapso do cordão) e aquelas que apresentam sangramento genital moderado ou severo.

O PARTOGRAMA, NA AVALIAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO, É UM INSTRUMENTO DE IMPORTÂNCIA FUNDAMENTAL NO DIAGNÓSTICO DOS DESVIOS DA NORMALIDADE

8. Amniotomia

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desacelerações precoces da frequência cardíaca fetal (FCF) e alterações plásticas sobre o polo cefálico (bolsa serossanguínea). Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas.

Desta forma, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições em que sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distocias funcionais. É importante esclarecer que a amniotomia não é um procedimento obrigatório quando da realização de analgesia de parto.

9. Partograma: acompanhamento gráfico do trabalho de parto

O partograma, na avaliação e documentação da evolução do trabalho de parto, é um instrumento de importância fundamental no diagnóstico dos desvios da normalidade.

10. Vigilância da vitalidade fetal

O controle rigoroso da FCF durante o trabalho de parto assegura, na quase totalidade dos casos, a adoção de medidas apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições.

Mesmo a gestação de baixo risco não prescinde do controle periódico da FCF, quer com a utilização do estetoscópio de Pinard, quer com o uso do sonar-doppler. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, este controle pode ser feito a cada 60 minutos, reduzindo-se este intervalo para 30 minutos, conforme progride a

fase ativa do trabalho de parto. Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da FCF pode ser contraproducente: limita a movimentação da mulher, restringindo-a ao leito, e tem o potencial de gerar maior número de intervenções desnecessárias.

É importante enfatizar que, quando existe *excesso* de contratilidade uterina (taquissistolia, hipertonia), quer espontânea, quer iatrogênica, o sofrimento fetal agudo pode se instalar em poucos minutos, o que exige uma vigilância contínua da FCF até que o quadro seja revertido. Embora nestes casos seja desejável o uso de monitores fetais na vigilância contínua da FCF, estes podem ser substituídos pela presença do profissional de saúde ao lado da parturiente, com a vantagem de que essa presença pode contribuir para a tranquilização da mulher e, consequentemente, a resolução mais rápida da hipercontratilidade uterina.

CAPÍTULO 21 – EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS UTILIZADAS NO PARTO

A incorporação de conhecimentos na vida das pessoas, que regem seus comportamentos e práticas, baseia-se em três sistemas: o mágico, o empírico e o científico.

O sistema mágico é o mais primitivo e atribui a forças sobrenaturais a origem dos fenômenos vinculados à saúde-enfermidade. O sistema empírico, mais evoluído que o anterior, baseia-se na utilização de conhecimentos e práticas que a experiência pessoal e observação de anos demonstraram que são adequados. O pensamento científico é uma etapa superior do conhecimento e está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras preestabelecidas que permitem sua replicabilidade se estas forem respeitadas. Ainda que não seja infalível, é mais confiável que a tradição, a experiência pessoal e a autoridade.

As práticas médicas em geral e as obstétricas em particular não escapam deste contexto e, ainda que muitas delas tenham sido adotadas seguindo o pensamento científico, outras têm sido incorporadas não criticamente e utilizadas durante anos, em geral

respaldadas apenas pela tradição e pelo princípio de autoridade.

Os velhos paradigmas na educação médica e na elaboração de guias normativas estão dando lugar a novas formas menos autoritárias e mais baseadas nas melhores evidências disponíveis. Assim é que na Universidade de McMaster do Canadá desenvolveu-se este novo enfoque que se tem denominado "medicina baseada em evidências", que é a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica clínica disponível para tomar decisões sobre o cuidado de pacientes individuais e que se tem estendido para a elaboração de guias normativos.

A medicina baseada em evidências integra a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível derivada da busca sistemática de informação relevante na literatura médica.

Existem várias propostas para classificar os diferentes níveis de qualidade das evidências, entre elas a de Mulrow, de 1987:

I. Revisões sistemáticas.
II. Ensaios controlados aleatorizados com grande número de casos e bem desenhados (erros alfa e beta pequenos).
III. Ensaios controlados aleatorizados com pequeno número de casos e bem desenhados (erros alfa e beta maiores).
IV. Estudos de coortes bem desenhados.
V. Estudos caso-controle bem desenhados.
VI. Séries de casos.
VII. Opinião de expertos.

Tendo em conta esta classificação das evidências, poder-se-iam descrever diferentes graus de recomendação de determinada prática ou tratamento:

Recomendação

A: Evidências níveis I a IV
B: Evidências nível V
C: Evidências níveis VI e VII

Como se depreende da classificação acima mencionada, as revisões sistemáticas (investigação secundária) da literatura são a ferramenta metodológica que dá mais força às evidências disponíveis, e elas se realizam fundamentalmente a partir de investigações primárias que são ensaios clínicos controlados com alocação aleatória, pelo que se faz necessário recordar sumariamente qual é a estrutura básica dos mesmos.

Ensaios clínicos controlados com alocação aleatória

Em meados do século XX, Fisher descreveu as bases dos ensaios clínicos controlados, as quais desenvolveu no campo da agricultura e do laboratório. Um marco transcendente na aceitação desses ensaios na medicina foi a prova da estreptomicina no tratamento da tuberculose.

A avaliação de novos tratamentos ou procedimentos médicos implica a comparação de duas séries de observações: uma que se obtém com o emprego do novo procedimento ou tratamento (série tratada, experimental) e outra que representa as observações de um grupo controle sem a utilização de tal procedimento ou tratamento ou com o procedimento padrão (série controle).

As diferenças observadas entre ambas as séries podem ser atribuídas a:

1. Variações na amostra.
2. Diferença na conformação dos grupos.
3. Diferenças na condução (manipulação) dos grupos.
4. Verdadeiros efeitos do novo tratamento ou procedimento, que é a meta que se persegue habitualmente nesses ensaios.

As diferenças atribuíveis às três primeiras categorias podem ser controladas, respectivamente: com a metodologia da inferência estatística (provas de significação estatística adequadas), com a alocação aleatória (aleatorização, randomização, utilizando os números aleatórios) e com o mascaramento dos grupos (duplo ou triplo cego).

No estado atual da investigação na medicina, o ensaio clínico controlado randomizado tem uma posição segura e respeitada. Se através de distintos estudos (coortes, caso-controle, série de casos) se chegam a conclusões opostas, outorga-se maior credibilidade ao resultado da investigação que utilizou esta técnica.

NO ESTADO ATUAL DA INVESTIGAÇÃO NA MEDICINA, O ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO RANDOMIZADO TEM UMA POSIÇÃO SEGURA E RESPEITADA

Revisões sistemáticas

Mais recentemente (1976), com o grande crescimento da telemática, desenvolveu-se a técnica das revisões sistemáticas que, diferentemente das revisões tradicionais, tem a característica de ser reprodutível e quantitativa. Para ser reprodutível, deve-se seguir estritamente sua metodologia e ser convenientemente explicitada, evitando o vício de se eleger somente os artigos que interessam a nossa hipótese. A parte quantitativa denomina-se "metanálise", método que permite combinar os resultados dos estudos primários independentes e as sínteses dos mesmos. É de especial utilidade para avaliar os tratamentos e procedimentos médicos com resultados de estudos contraditórios em magnitude ou direção de efeito, ou com efeitos pequenos, mas importantes.

Permite aumentar o tamanho da amostra, o que incrementa o poder estatístico das provas (diminuindo os erros alfa e beta) e facilita a obtenção de conclusões mais coerentes e confiáveis sobre a eficácia de tratamento ou procedimento, sobre custos e permite recomendar com maior força sua inclusão como pauta normativa.

Estas revisões sistemáticas são consideradas como investigações secundárias sobre estudos já realizados, com particular aprofundamento nos ensaios clínicos controlados.

A metanálise provê um marco lógico para a investigação de revisão e pode ser realizada se a bibliografia disponível em quantidade e qualidade assim o permitir.

As revisões sistemáticas e a metanálise que delas derivam dependem do número e qualidade dos estudos primários. Se

eles não são suficientes ou satisfatórios, a metanálise não os corrige. As debilidades do procedimento baseiam-se em:

Como método de trabalho, tem as seguintes etapas:

1. **Investigação, revisão, atualização da bibliografia:** a busca dos trabalhos deve ser planificada, exaustiva e estandardizada, com pré-especificação de definições e critérios de elegibilidade. Nesta etapa qualitativa listam-se estudos comparáveis que usam desenhos similares e variáveis de intervenção e de resultados parecidas. Recorre-se a fontes definidas e garante-se a qualidade da informação primária.
2. **Cálculo do efeito para cada estudo em particular:** é uma etapa quantitativa, empregando-se técnicas estatísticas como a medida do risco relativo (RR) ou do *odds ratio* (OR), diferenças de médias, todas com seus respectivos intervalos de confiança.
3. **Cálculo do efeito comum global, combinado e ponderado:** etapa também quantitativa, empregando procedimentos estatísticos, ponderam-se os estudos por diferenças, variâncias ou tamanhos amostrais, a fim de conseguir uma estimação pontual de resumo, com seu intervalo de confiança, de todos os trabalhos analisados (metanálise). Entre as técnicas utilizadas, destacam-se as de médias ponderadas, o método de Mantel e Haenszel, ponderação de OR ou RR pelo inverso da variância, regressão logística múltipla, entre outras. Também corresponde a esta etapa a apresentação gráfica dos resultados.
4. **Cálculo do número de trabalhos não publicados com conclusões antagônicas necessárias para negar os resultados obtidos:** tenta-se uma aproximação mediante a agregação de resultados simulados, repetindo o procedimento da etapa anterior, a fim de estabelecer quantos trabalhos com resultados antagônicos faltariam para fazer desaparecer os efeitos. Também chamado de "análise de sensibilidade", serve para suspeitar se existem vícios de publicação (*funnel plot*).

1. Vício de publicação: os autores e editores tendem a não publicar trabalhos com resultados negativos ou não esperados se há uma publicação que mostra resultados favoráveis. Especial cuidado deve-se ter quando uma única investigação original é dividida em fragmentos para se obterem várias publicações com a mesma base de dados.

2. Vício de seleção: os autores da revisão sistemática tendem a selecionar maior número de artigos que reforcem suas próprias hipóteses.
3. Vício nos procedimentos de acumulação.
4. Vício na interpretação.

Tendo em consideração estas pautas é que se tem tentado classificar as condutas e práticas no parto normal em quatro categorias, dependendo de sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais.

A classificação tomada como base foi a desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal que a Organização Mundial da Saúde convocou no ano 1996 e modificada pelas novas evidências científicas atualmente disponíveis. Esta classificação divide as práticas no parto normal em quatro categorias, a saber:

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.1 Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
1.2 Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
1.3 Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
1.4 Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
1.5 Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
1.6 Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
1.7 Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
1.8 Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto.
1.9 Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.

1.10 Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
1.11 Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
1.12 Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
1.13 Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
1.14 Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
1.15 Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
1.16 Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
1.17 Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
1.18 Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
1.19 Condições estéreis ao cortar o cordão.
1.20 Prevenção da hipotermia do bebê.
1.21 Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
1.22 Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
1.23 Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
1.24 Alojamento conjunto.
1.25 Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
1.26 Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
1.27 Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

2.1 Uso rotineiro do enema.
2.2 Uso rotineiro da tricotomia.

2.3 Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
2.4 Cateterização venosa profilática de rotina.
2.5 Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
2.6 Exame retal.
2.7 Uso de pelvimetria por raios X.
2.8 Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
2.9 Uso rotineiro da posição de litotomia.
2.10 Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.11 Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.12 Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
2.13 Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
2.14 Lavagem uterina rotineira após o parto.
2.15 Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
2.16 Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
2.17 Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
2.18 Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
2.19 Prática liberal de cesariana.
2.20 Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.
2.21 Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

3.1 Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.

3.2 Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
3.3 Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
3.4 Manipulação ativa do feto no momento do parto.
3.5 Clampeamento precoce do cordão umbilical.
3.6 Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

4. Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado

4.1 Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
4.2 Controle da dor por agentes sistêmicos.
4.3 Controle da dor por analgesia peridural.
4.4 Monitoramento eletrônico fetal.
4.5 Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
4.6 Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
4.7 Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
4.8 Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
4.9 Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
4.10 Caracterização da bexiga.
4.11 Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
4.12 Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
4.13 Parto operatório.
4.14 Exploração manual do útero após o parto.

Esta classificação das práticas durante o parto normal, que se descreveu acima, com as melhores evidências disponíveis até esta

data, deve ser periodicamente revisada de forma crítica, pois, com o progresso da ciência médica, novas evidências surgirão e cada um dos membros da equipe de saúde deve buscá-la de forma ativa e permanente.

Um diretor de uma escola de medicina, no ato de colação de grau de seus egressos, expressou: "A metade do que lhes foi ensinado provavelmente já não é certo, mas o pior é que não sabemos qual metade."

Embora se possa realizar um bom trabalho ensinando a melhor prática médica atualmente disponível aos estudantes e residentes, esse trabalho será incompleto quando não se ensinar como decidir quando e o que estão aprendendo tenha se tornado obsoleto e necessite ser modificado.

Oficina de FORMAÇÃO

VISÃO GERAL DO QUE É TRABALHADO EM DOIS DIAS DE OFICINA DE FORMAÇÃO

A oficina *Formação em humanização do parto e nascimento* é desenvolvida em dois dias, dividindo-se em quatro módulos, com quatro horas de duração cada um. Dela participam cerca de 40 profissionais. Coordena o processo um ou dois **formadores**, especialistas no tema e em trabalhos com grupos (veja o passo a passo detalhado em "Descrição das atividades da oficina").

Para as reedições, por questões práticas de disponibilidade de tempo dos participantes, a programação pode ser ajustada, diminuindo-se a carga horária, sendo recomendada a redução de no máximo oito horas, com adaptação à realidade local dos conteúdos, vivências e dinâmicas.

MÓDULOS 1 E 2

Os Módulos 1 e 2 realizam-se, preferencialmente, nas instalações de um hospital/maternidade. Deles participam apenas os profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros obstetras ou não, neonatologistas, anestesistas, psicólogos, atuando em maternidades ou em locais onde não há esse equipamento. Para os municípios em que não há maternidade, sugere-se que os Módulos 1 e 2 sejam realizados na maternidade do município referência da região, ou que sejam trazidos alguns profissionais desse tipo de equipamento para integrar essa parte da oficina como convidados. Caso isso não seja possível, a discussão dos Módulos 1 e 2 deve ocorrer apenas com os profissionais de saúde ligados à atenção ao pré-natal, puerpério e puericultura. As atividades

visam integrar os participantes, criando vínculos entre eles e possibilitando realizar uma escuta ativa de suas necessidades, bem como esboçar um diagnóstico da situação local em relação ao tema parto e nascimento. Abordam-se aspectos técnico-científicos relacionados ao parto e ao nascimento, ao desempenho da equipe multiprofissional, bem como aspectos relacionados à gestão, aos protocolos e aos fluxos no ambiente da maternidade.

Em clima de intercâmbio, todos os participantes são estimulados a aproveitar a oficina para alinhar conceitos relacionados ao tema em foco, identificar dificuldades em promover o parto normal e se qualificar para melhor conduzir grupos de discussões com gestantes e seus familiares sobre tópicos como: sinais e sintomas de trabalho de parto e anormalidades; importância de se portar exames e o cartão da gestante (instrumento do monitoramento do pré-natal); o que esperar do parto e puerpério imediato; incentivo ao parto normal e resgate da dimensão fisiológica dos processos de gestação, trabalho de parto e amamentação; orientações quanto a direitos da parturiente, como o de ter um acompanhante; apoio àquelas que não podem se submeter ao parto normal; identificação de grupos de risco/vulneráveis e identificação da situação especial de prematuridade e seus desafios.

No decorrer dos dois primeiros módulos, os profissionais de saúde podem refletir sobre a importância de se valorizarem as ações educativas amplamente preconizadas pelas políticas governamentais, para promover a adesão das mulheres às orientações propostas, além de preparar-se para compartilhar informações cruciais sobre parto e nascimento com seus colegas das áreas de educação e desenvolvimento social.

Todas as **apresentações PowerPoint** citadas nesta publicação estão disponíveis na página www.colecao primeirssima.org.br

MÓDULO 3

O Módulo 3 focaliza os participantes das áreas de saúde em sua interação com os colegas da educação e assistência social, bem como outros ligados ao atendimento às crianças de

zero a três anos. Por meio de apresentações e dinâmicas de grupo, os profissionais de saúde compartilham com os demais colegas as mensagens básicas relativas a parto e nascimento que eles consideram essenciais serem divulgadas junto às mulheres grávidas e suas famílias.

MÓDULO 4

No Módulo 4 da oficina, os participantes concluem as discussões iniciadas no módulo anterior relacionando uma série de recomendações, a serem encaminhadas aos gestores diretores dos hospitais/maternidades, secretários de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, a respeito de medidas que poderiam facilitar o trabalho intersetorial e a atuação das equipes multiprofissionais de saúde.

Na segunda etapa do módulo, os profissionais se reúnem em grupos, por serviço ou unidade de origem e refletem a respeito de sua realidade local, dos aspectos que precisam ser prioritariamente aperfeiçoados em relação ao tema **parto e nascimento humanizados**, por meio de Planos de Ação – definindo o público, os objetivos e a duração da atividade que pretendem realizar, com base na oficina que estão acabando de vivenciar.

Para ajudar no planejamento da **reedição**, cada participante recebe cópias da agenda detalhada dos quatro módulos da oficina e um roteiro do Plano de Reedição, que será preenchido coletivamente pelo grupo. Os Planos de Reedição são apresentados em plenária e aperfeiçoados pelos colegas. Para finalizar a oficina, os participantes preenchem uma ficha de avaliação e, em seguida, participam de uma confraternização.

Descrição das
ATIVIDADES DA OFICINA

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 40 (APENAS 20 NOS MÓDULOS 1 E 2)
NÚMERO DE FORMADORES: 1 OU 2

Todas as apresentações PowerPoint citadas nesta publicação estão disponíveis na página www.colecaoprimeirissima.org.br. Nela também podem ser baixados todos os títulos da Coleção Primeiríssima Infância.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
INTEGRAÇÃO (20 min.) **Materiais** Oito cartazes com afirmações sobre parto humanizado, conforme texto de apoio Mensagens Magnéticas; aparelho de som e CD com música instrumental suave	**1. Dinâmica de acolhimento e integração (15 min.)** Desenvolvimento a) O formador recebe os participantes de forma cordial, calorosa. b) Dispõe oito cartazes pelas paredes da sala, cada um deles contendo uma afirmação diferente com base no texto de apoio Mensagens Magnéticas (página 88). c) Pede que os participantes, ao som de música instrumental suave, circulem em silêncio pelo espaço, lendo todos os cartazes e tentando identificar a mensagem que mais os atrai (positiva ou negativamente). d) Uma vez escolhido o "seu" cartaz, cada participante fica parado em frente a ele, atraído, como num campo magnético. O formador interrompe a música. Formam-se então pequenos grupos, uns maiores, outros menores, perto de cada mensagem. e) O formador solicita aos participantes, em cada pequeno grupo, que se apresentem e digam por que se sentiram atraídos por aquela mensagem em particular. Fecho O formador se apresenta e comenta que essa atividade é o início de um diálogo em torno dessas e de outras questões e que ela irá se estender por toda a oficina: primeiro, envolvendo apenas os profissionais de saúde e, depois, também os de educação e assistência social (5 min.).

POR QUE ESTAMOS AQUI? (15 min.) **Materiais** Computador, *data show*	**2. Apresentação dos objetivos da oficina** Desenvolvimento a) O formador apresenta os objetivos gerais e específicos da oficina (página 12). b) O formador ressalta que: • Todas as atividades da oficina poderão contribuir para que o grupo de profissionais de saúde atuando junto a gestantes/famílias grávidas/parturientes possa desempenhar cada vez melhor o seu papel de destaque na promoção das melhores práticas de atendimento, incluindo mãe e filho. • Os dois primeiros módulos da oficina dirigem-se apenas aos profissionais de saúde. Nos dois últimos, eles irão trabalhar de forma integrada com os colegas de educação e assistência social.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
POR QUE ESTAMOS AQUI? (15 min.) **Materiais** Computador, *data show*	• Durante os dois primeiros módulos da oficina, os profissionais de saúde estão constantemente refletindo e preparando-se para, no terceiro módulo, debater com os colegas de educação e assistência social os aspectos mais relevantes sobre o parto/nascimento como etapa marcante para a garantia de um recém-nascido saudável. Assinalam que este é um processo crucial para o bom desempenho da criança em sua primeiríssima infância, preparando-os, assim, para também atuar junto a grupos de gestantes e famílias grávidas, em ações educativas que contribuam para decisões saudáveis, informadas, em relação a essa etapa de suas vidas. • No quarto módulo, todos os profissionais se prepararão para desenvolver ações intersetoriais e para reeditar a oficina. Fecho O formador convida alguns participantes a comentar os objetivos da oficina, destacando, dentre eles, os que consideram mais importantes e por quê. Faz acordos em relação ao manejo do tempo/responsabilidade de todos.

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL (40 min.) **Materiais** Um conjunto de dez cartelas com perguntas para cada grupo e outro conjunto de dez cartelas em branco para cada grupo	**3. Roda de conversa em pequenos grupos (30 min.)** Desenvolvimento a) Os participantes dividem-se em grupos com cerca de dez profissionais cada um. b) Cada grupo recebe um conjunto de cartelas com perguntas disparadoras de discussão sobre a realidade local de atenção ao pré-natal, pré-parto, parto e nascimento. São elas: • Existem na comunidade programas que propiciam que as famílias conheçam previamente a maternidade? • Há classificação de risco no pronto-atendimento? • Como se realiza a escuta ativa da mulher? • A gestante é informada de seu direito a ter um acompanhante de livre escolha? • Que métodos de alívio da dor são utilizados? • A cesariana é realizada com práticas acolhedoras do núcleo familiar? • Como se dá o manejo ativo do terceiro período do parto? • Ocorre o contato pele a pele do bebê com a mãe? • Ocorre a amamentação na primeira hora de vida? • Existem fluxos de comunicação bem definidos entre os membros da equipe multiprofissional na maternidade e entre as equipes que compõem os diferentes níveis do atendimento à gestante no município? c) O formador convida os participantes a identificar os principais obstáculos, eventualmente existentes, para a implantação das medidas implícitas nas perguntas, escrevendo-os nas cartelas em branco. Orienta para que mesmo aqueles que atuam em localidades onde não há maternidade participem da discussão, avaliando em que medida as famílias têm possibilidade de ter acesso ao atendimento adequado durante o parto/nascimento.

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL (50 min.) **Materiais** Um conjunto de dez cartelas com perguntas para cada grupo e outro conjunto de dez cartelas em branco para cada grupo	d) O formador percorre os grupos, observando a postura dos participantes em relação às práticas mencionadas nas cartelas, desestimulando críticas a condutas individuais e focando o debate nas questões institucionais/organizativas que precisam ser equacionadas para que as práticas relativas ao parto e nascimento possam tornar-se mais coerentes. Fecho • Os participantes de cada grupo afixam nas paredes as cartelas preenchidas com os obstáculos identificados. Todos passam em revista as produções dos demais grupos, elencando os pontos em comum. • O formador ressalta a centralidade do papel dos gestores do sistema de saúde na construção das condições de superação de alguns obstáculos levantados, bem como o poder de cada um de efetivar pequenas e importantes mudanças (10 min.).

INTERVALO – 15 MINUTOS

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL – II (1h40 min.) **Materiais** Roteiro de entrevista conforme textos de apoio (página 89) e/ou TV; DVD; cópia do vídeo com versão resumida do documentário *O Renascimento do Parto*; *data show*; tela de projeção e sistema de áudio	**4. Visita ao Centro Obstétrico/Centro de Parto Normal (CPN) e reflexão em torno do documentário *O Renascimento do Parto*** Desenvolvimento a) O formador divide os participantes em dois grupos: grupo A – profissionais de saúde que atuam na maternidade; grupo B – profissionais de saúde que não atuam na maternidade. b) Cada grupo receberá do formador orientações/tarefas distintas. Obs.: Pode ser que o grupo seja homogêneo, ou seja, que apenas existam profissionais atuando na maternidade, ou que apenas existam profissionais atuando fora da maternidade. Neste caso, não haverá divisão de grupo e somente uma das atividades será realizada. Grupo A – Visita ao Centro Obstétrico Preparação A diretoria da maternidade e os profissionais responsáveis pelo Centro Obstétrico são contatados com antecedência, para que possam tomar conhecimento dos objetivos da visita, autorizá-la e apoiá-la. É preciso certificar-se se é ou não possível observar um parto e quais os procedimentos de autorização necessários. Desenvolvimento Se não houver um atendimento de parturiente em andamento (60 min.): • O formador divide os participantes em duplas ou trios. • As duplas ou os trios visitam as instalações, observando os espaços, materiais, evidências da existência de rotinas procedimentos e protocolos adotados em relação a parto/nascimento (30 min.). • Após a visita, cada dupla/trio realiza entrevista com um membro da equipe multidisciplinar a respeito das observações realizadas (ver "Roteiro para a entrevista com a equipe multiprofissional da maternidade", página 89).

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL – II (1h40 min.) **Materiais** Roteiro de entrevista conforme textos de apoio (ver página 89) e/ou TV; DVD; cópia do vídeo com versão resumida do documentário *O Renascimento do Parto* (disponível para acesso em http://www.youtube.com/watch?v=3B33_hNha_8); *data show*; tela de projeção e sistema de áudio	Se houver um atendimento de parturiente em andamento (60 min.): • O grupo de participantes observa o atendimento (30 min.). • O profissional que está trabalhando é convidado a explicitar os seus procedimentos e o raciocínio por trás dos mesmos. Os participantes fazem anotações (30 min.). Grupo B – Reflexão sobre o documentário O Renascimento do Parto (60 min.) • Antes da exibição do vídeo, os participantes são novamente divididos em três grupos, sendo que cada um deles tem a tarefa de focar um dos protagonistas do evento filmado, levantando as principais questões que o filme traz em relação a ele: grupo 1, a mãe; grupo 2, a equipe de saúde; e grupo 3, o bebê (10 min.). • O formador convida os participantes a assistir à versão resumida (10 min.) do documentário. • O formador percorre os grupos, incentivando-os a relacionar as questões levantadas com possíveis intervenções ou práticas que humanizem o parto, sugerindo novas rotinas e procedimentos que poderiam ser adotados na prática (30 min.). • Em cada grupo, os participantes elaboram um cartaz apresentando as principais sugestões levantadas (10 min.). Plenária (30 min.) c) O formador convida os participantes a expor algumas de suas descobertas sobre as rotinas, protocolos e procedimentos observados na visita ao Centro Obstétrico e nas entrevistas com os profissionais (grupo A) e/ou as sugestões para humanização do parto/nascimento levantadas a partir da discussão do vídeo apresentado (grupo B). d) O formador orienta o debate, evidenciando a conexão entre a atividade anterior (fase 1, do diagnóstico da realidade, com levantamento dos obstáculos à implementação de práticas de parto/nascimento efetivas e embasadas cientificamente) e esta atividade, a fase 2, com observação de situações reais em que tais obstáculos estão presentes ou estão sendo superados. Estimula o grupo a identificar a relevância do papel dos gestores do sistema de saúde para o êxito do processo. **Obs.:** O formador cuida para que o debate não se torne repetitivo ou insuficiente, alertando para que fiquem atentos para adaptar continuamente esta etapa da oficina à realidade do grupo. Fecho O formador valoriza a existência de rotinas/procedimentos técnicos e protocolos escritos, devidamente acordados entre todos os envolvidos, e convida os participantes a começar a identificar os nós críticos que poderão embasar as futuras intervenções na realidade, a serem discutidas no último módulo da oficina (10 min.).

MÓDULO 1 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
CONVERSANDO SOBRE O PARTO NORMAL (30 min.) **Materiais** Computador; *data show*; PowerPoints; *post-its*	**5. Apresentação dialogada** Desenvolvimento a) O formador apresenta o PowerPoint "O que é parto normal" (15 min.). b) Apresenta também o PowerPoint "Centros de parto normal" (15 min.). c) A cada *slide* ou conjunto de *slides*, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como: • Autonomia/poder da mulher e o parto. • Pré-natal e o que ele representa como oportunidade de identificar riscos, amenizar ansiedades e esclarecer dúvidas. • Perfil da equipe multiprofissional, rotinas e procedimentos. • O acolhimento do acompanhante durante e após o parto. • Identificação de grupos de risco/mais vulneráveis, como gestantes adolescentes, portadoras de necessidades especiais, imigrantes, privadas de liberdade, indígenas e outros – e das formas de apoiá-los. • Situação especial de prematuridade, os seus desafios e como qualificar-se para enfrentá-los. Fecho • O formador ressalta a importância da aprendizagem profissional contínua, já que o conhecimento evolui rapidamente e daqui a dez anos o que sabemos hoje pode estar ultrapassado. • Ele solicita aos participantes que selecionem, dentre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. E pede que escrevam em *post-its*. • O formador recolhe os *post-its* e os afixa na parede, agrupados por semelhança.

AVALIAÇÃO (10 min.) **Materiais** Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante	**6. Reflexão sobre as aprendizagens da manhã** Desenvolvimento O formador distribui a cada participante um conjunto de três cartões (amarelo, vermelho e verde) e solicita que as pessoas reflitam em silêncio por dois minutos sobre as aprendizagens da manhã. Em seguida, pede que levantem o cartão que corresponde à sua avaliação dessa etapa: • Verde, se as experiências da manhã corresponderam ou superaram suas expectativas; • Amarelo, se corresponderam à parte das expectativas; • Vermelho, se não corresponderam às expectativas. **Obs.:** Os cartões são recolhidos para uso futuro. Durante o almoço, o formador conversa com os que eventualmente tenham levantado os cartões amarelos e vermelhos para ouvir suas necessidades e preocupações não atendidas e procurar ajustar as atividades seguintes.

MÓDULO 2 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
AQUECIMENTO (20 min.) **Materiais** Aparelho de som/ CD com música instrumental	**1. Dinâmica: Casos de parto** Desenvolvimento a) O formador pede que os participantes andem livremente pelo espaço ao som da música. Quando a música parar, cada um deve encontrar um par. b) O formador orienta as duplas para que, nos primeiros três minutos, um dos participantes conte, sem ser interrompido, um caso relativo a parto/nascimento, presenciado por ele ou relatado por outra pessoa, em que a parturiente sentiu-se acolhida, respeitada e autônoma. c) O formador produz um som para marcar o final dos primeiros três minutos e o outro participante da dupla repete o processo. d) Com os participantes em círculo, o formador pede que alguns voluntários relatem os casos ouvidos. Fecho O formador destaca alguns procedimentos em comum a todos os casos e que fizeram a parturiente sentir-se bem, como escuta ativa por parte da equipe multiprofissional, oportunidades de se fazerem escolhas.

CONVERSANDO SOBRE PARTO: ASPECTOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (90 min.) **Materiais** *Post-its*; computador; *data show*; cópias do partograma (uma por participante) e do Plano de Parto (uma por participante)	**2. Apresentação dialogada** Desenvolvimento a) O formador apresenta o PowerPoint "O parto: aspectos da prestação de cuidados". b) A cada *slide* ou conjunto de *slides*, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como: • Bases técnicas da assistência ao parto (intervenções benéficas de acordo com evidências científicas). • Importância do partograma. **Obs.:** Ao apresentar o partograma, o formador distribui aos participantes um modelo do mesmo para análise (página 91). • Autonomia da mulher e Plano de Parto. **Obs.:** Ao apresentar o Plano de Parto, o formador distribui aos participantes um modelo do mesmo para análise (página 90). Fecho • O formador solicita aos participantes que selecionem, dentre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. E pede que escrevam em *post-its*. • E recolhe os *post-its* e os afixa na parede, agrupados por semelhança.

INTERVALO – 15 MINUTOS

MÓDULO 2 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
CONVERSANDO SOBRE O PARTO E ASPECTOS DO PUERPÉRIO (50 min.) **Materiais** *Post-its*; computador e *data show*; PowerPoint	**3. Apresentação dialogada** Desenvolvimento a) O formador apresenta o PowerPoint "O parto: aspectos puerperais". b) A cada *slide* ou conjunto de *slides*, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como: • Adoção de um conjunto de cuidados que evitem intervenções desnecessárias e preservem a privacidade e a autonomia materna. • Manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto (profilaxia da atonia uterina). **Obs.:** Trata-se da prevenção da condição na qual o útero, logo após o parto, não consegue efetivar de maneira satisfatória a contração mantida de suas fibras musculares (perde a tonicidade), resultando em sangramento volumoso. • Administração de ocitocina. **Obs.:** A ocitocina é o hormônio produzido pelo hipotálamo, no cérebro, com função de promover as contrações musculares uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação. • Clampeamento oportuno do cordão umbilical e tração contínua e controlada do cordão umbilical. Monitoramento da puérpera na primeira hora após o parto. **Obs.:** Trata-se do pinçamento do cordão, feito pelo profissional que atende o parto, após o seu corte, que pode e deve ser feito pelo acompanhante de preferência da mulher. • Contato pele a pele mãe-bebê. • Amamentação: técnicas de manejo das mamas para facilitar a amamentação. • Banho depois de seis horas de vida; alojamento conjunto mãe-criança. • Bebê protegido: vacinas a serem aplicadas e exames a serem realizados no nascituro; marcação de consulta, com a mãe, na unidade de saúde. • Bebê cidadão: Registro Civil de Nascimento, Caderneta da Criança. Fecho O formador solicita aos participantes que selecionem, dentre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. Pede que anotem num *post-it*. Logo após, recolhe os *post-its* e os afixa na parede, agrupados por semelhança.

MÓDULO 2 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
PREPARANDO AS APRESENTAÇÕES PARA OS COLEGAS DA EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL (1h) **Materiais** *Post-its* produzidos pelos participantes nas atividades anteriores, agrupados em conjuntos temáticos contendo as informações prioritárias a serem discutidas com as famílias; um conjunto por grupo de textos e folhetos sobre os temas que serão apresentados no dia seguinte; um *laptop* ou *tablet* por grupo; folhas de papel kraft e *flipchart*	**4. Trabalho em grupos: o desafio da comunicação – do jargão médico à linguagem leiga** Desenvolvimento Preparação (20 min.) a) O formador destaca que um dos grandes desafios para o profissional de saúde – que deseja fazer com que a gestante/parturiente e acompanhante sintam-se acolhidos e emocionalmente apoiados – é saber se comunicar em linguagem descomplicada, evitando ou explicando termos técnicos. Essa habilidade é fundamental, tanto no atendimento quando ao se interagir com grupos, para o debate e disseminação/ popularização de informações sobre saúde. b) O formador orienta que, no dia seguinte, o grupo será convidado a exercitar suas habilidades comunicativas, ao dialogar com os colegas de educação e assistência social, de forma simples, sobre aspectos importantes do parto e nascimento, que eles, por sua vez, devem ser capazes de discutir com as gestantes/famílias grávidas com as quais lidam. c) E apresenta o mural com os *post-its* agrupados, formando conjuntos de informações de base científica levantadas anteriormente pelos participantes e que eles priorizariam para iniciar um trabalho de educação popular em saúde focado em parto/nascimento. Exemplo de agrupamentos possíveis: • (A) O processo de parto e nascimento e o impacto das primeiras relações do bebê com o ambiente em seu desenvolvimento na primeiríssima infância. "Para mudar a vida, é preciso mudar o modo de nascer" (Odent, 1981). • (B) Preparação para o parto: a mulher como protagonista; consultas do pré-natal e carteira de exames; visita à maternidade, Plano de Parto e escolha de acompanhante (perfil do/a acompanhante); procedimentos diante de sinais do parto e anormalidades. • (C) Fisiologia do parto e poder da mulher para controlar a situação; razões pelas quais o parto normal/vaginal é o que, na ausência de complicações, mais beneficia a mulher e o bebê; casos em que a cesariana é indicada. • (D) Consequências positivas de rotinas relativas ao nascimento, como: imediato contato pele a pele mãe-bebê; amamentação com leite do peito na primeira hora de vida; banho após seis horas de vida. • (E) Proteção e cidadania desde a maternidade: vacinas; exames; agendamento de consulta ambulatorial mãe-bebê; caderneta da criança; registro de nascimento. • (F) Atuação junto às gestantes e parturientes em situação de risco/vulnerabilidade social: adolescentes, drogadas, presidiárias, de comunidades indígenas e outras. d) O formador pede que os participantes se dividam em seis grupos. e) O formador explica que cada grupo deverá escolher um tema dentre aqueles mostrados no mural e preparar uma apresentação de 30 minutos sobre ele. Execução (40 min.) a) O formador distribui aos grupos materiais-base que podem ser utilizados nas apresentações, bem como material para a produção de cartazes. Providencia para que em cada grupo exista um *laptop* ou *tablet* que possa ser utilizado. b) O formador circula pelos grupos oferecendo orientações e sugestões a respeito de como tornar as apresentações interativas e interessantes. c) Produto do trabalho (em cada grupo): esboço da apresentação de 30 minutos com título atraente; objetivo; conteúdos/mensagens (três no máximo); forma de apresentar o conteúdo (em diálogo com os participantes e/ou de forma lúdica); e papel dos membros do grupo na apresentação.

MÓDULO 2 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
PREPARANDO AS APRESENTAÇÕES PARA OS COLEGAS DA EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL – II (25 min.)	**5. Plenária** Desenvolvimento a) Os participantes ficam dispostos em círculo. b) O formador solicita a um representante de cada grupo que relate brevemente aos demais como o grupo pretende apresentar o conteúdo, o papel de cada um na apresentação e como irá garantir a interatividade.

AVALIAÇÃO DO DIA (15 min.) **Material** Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante	**6. Reflexão sobre as aprendizagens do dia** Desenvolvimento a) O formador convida os participantes a refletir sobre como estão se sentindo em relação à tarefa do dia seguinte (apresentar mensagens relativas a parto/nascimento a profissionais que não são da área da saúde) e escolher o cartão que mais represente sua situação atual: verde, razoavelmente seguro; amarelo, um tanto inseguro; e vermelho, muito inseguro. b) O formador solicita que os participantes formem duas filas, uma em frente à outra, sendo uma fila com os participantes portadores de cartões amarelos e vermelhos e outra com os participantes portadores de cartões verdes. c) Solicita que, se quiserem, os portadores de cartões vermelhos procurem, na saída da oficina, os portadores de cartões verdes e amarelos para que recebam dicas e sugestões, ou o procurem para conversar sobre o que falta para que se sintam mais seguros.

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
AQUECIMENTO E APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DOS MÓDULOS 3 E 4 DA OFICINA (40 min.) **Materiais** Aparelho de som/CD com a música *Quem é você?*, de Chico Buarque; rosas de papel crepom ou de plástico em número equivalente ao dos participantes das áreas de educação, desenvolvimento social e outras; cópias do texto "Você fala a minha língua?" – uma para cada grupo de dois ou três participantes; computador; *data show*	**1. Dinâmica "Quem é você? Você fala a minha língua? O que vamos fazer juntos?"** Desenvolvimento Parte 1 a) Ao som da música *Quem é você?*, o formador distribui rosas de papel crepom ou de plástico aos profissionais de saúde. b) Cada profissional de saúde deve entregar sua rosa ou rosas a um ou mais colegas da educação e assistência social, recém-chegados à oficina, desejando-lhes boas-vindas. c) Em cada dupla/trio/pequeno grupo (formado por um profissional de saúde e um ou mais profissionais de educação e assistência social), as pessoas se apresentam, dizendo o nome, o que fazem e onde trabalham. Parte 2 a) O formador distribui a cada dupla, trio ou pequeno grupo, uma lista de palavras entre os jargões utilizados por médicos, pedagogos e assistentes sociais (ver texto " Você fala a minha língua?", à página 92). b) Em cada dupla/trio/pequeno grupo: • Os profissionais da área da educação dizem o significado dos termos médicos e de desenvolvimento social (ou tentam adivinhar, ou inventam um significado de acordo com a sonoridade da palavra). • Os participantes da área de desenvolvimento social dizem o significado dos termos médicos e pedagógicos (idem ao anterior). • Os participantes da área de saúde dizem o significado dos termos pedagógicos e de desenvolvimento social (idem anterior). • Em seguida, os participantes de cada área esclarecem o significado dos termos técnicos de sua profissão. Parte 3 a) O formador destaca a importância de profissionais de saúde, educação e assistência social fortalecerem sua comunicação, desenvolvendo uma linguagem comum que lhes permita enriquecer o trabalho intersetorial com o objetivo de oferecer às crianças da comunidade a chance de nascer bem – o que fará diferença em seu desenvolvimento na primeiríssima infância e por toda a vida. b) Observa que, nesse módulo da oficina, haverá um diálogo entre os profissionais de saúde e os demais colegas, conduzido pelos primeiros, que já se prepararam para isso nos Módulos 1 e 2. c) O formador reapresenta os objetivos da oficina.

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
MENSAGENS BÁSICAS SOBRE PARTO E NASCIMENTO (60 min.) **Materiais** Textos, folhetos, *slides*, cartazes recebidos pelos profissionais da saúde na atividade preparatória do módulo anterior e outros criados por ocasião do preparo (um conjunto por grupo); cópias da "folha tarefa para os profissionais da educação e assistência social, participantes das apresentações dos profissionais da saúde", uma por participante	**2. Plenária (tema A) e grupos (temas B e C)** Preparação O formador divide a sala em três espaços: um para plenária e dois para trabalhos em grupo. Junto com a equipe da saúde, os profissionais de educação e assistência social deverão identificar os temas B e C a serem debatidos pelos grupos. Sugestões de temas: Tema A – O processo de parto e nascimento e o seu impacto no desenvolvimento da primeiríssima infância. Tema B – Preparação para o parto: a mulher como protagonista. Tema C – Fisiologia do parto e poder da mulher para controlar a situação. Desenvolvimento Introdução (5 min.) O formador explica que depois da apresentação do tema A, da qual todos participarão, os profissionais de educação e assistência social irão se dividir em dois grupos, de acordo com os temas de seu interesse (tema B ou tema C). Informa, ainda, que todas as apresentações serão interativas e coordenadas pelos colegas da saúde. Parte 1 (30 min.) – Os profissionais da saúde apresentam o tema A O formador facilita a apresentação, garantindo que os profissionais da educação e assistência social sejam ouvidos, façam perguntas, anotem os pontos principais (ver "Folha tarefa" à página 96) e possam refletir a respeito de como poderiam trabalhar essas informações junto às gestantes e famílias grávidas que frequentam creches ou centros de assistência social. Parte 2 (25 min.) a) O formador indica aos participantes os temas B e C que serão debatidos, para a divisão dos grupos. Cada grupo terá a presença de um profissional da saúde, que apresentará o conteúdo para a reflexão. b) O formador apoia os apresentadores, garantindo que os profissionais da educação e assistência social sejam ouvidos, façam perguntas, anotem os pontos principais na "Folha tarefa" e possam refletir a respeito de como trabalhar essas informações junto às gestantes e famílias grávidas que frequentam creches ou centros de assistência social.

INTERVALO – 15 MINUTOS

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
CONVERSANDO SOBRE PARTO E ASPECTOS DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO (60 min.) **Materiais** Textos, folhetos, *slides*, cartazes recebidos pelos profissionais de saúde na atividade preparatória do módulo anterior e outros criados por ocasião do preparo (um conjunto por grupo); recursos lúdicos como apitos, cornetas, papéis coloridos, chapéus, que possam ser usados pelos "vendedores de ideias" da área da saúde para atrair os "compradores das outras áreas" (um conjunto por grupo); "Folhas tarefa" (uma por profissional das áreas de educação assistência social e outras)	**3. Dinâmica "Mercado de ideias"** Desenvolvimento Preparação (10 min.) a) O formador dispõe as cadeiras em três espaços (nos três cantos da sala). Em cada canto, haverá duas fileiras de cadeiras, uma de frente para a outra, sendo que em uma das fileiras estarão os "vendedores de ideias" e na outra os "compradores de ideias". b) O formador anuncia que haverá três grupos de profissionais da saúde fazendo apresentações, ou seja "vendendo ideias" sobre parto, nascimento e puerpério. Os participantes devem escolher primeiro em que "banca" do "mercado de Ideias" querem ficar, optando pelos conteúdos. Sugestões de temas: Tema D – Procedimentos que criam vínculo mãe-bebê-pai e fortalecem a saúde materna e da criança. Tema E – Recém-nascido e protegido. Tema F – Gestantes em risco social: como identificar? O que fazer? Desenvolvimento (50 min.) a) Os profissionais da saúde se posicionam em suas "bancas", portando os materiais e cartazes que irão apresentar e "anunciando", com criatividade, seus produtos como em uma feira. Por exemplo: "Venha saber por que é preciso colocar o bebê sobre a barriga da mãe assim que ele nasce!", ou "Aqui tem informação sobre como proteger gestantes em situação de risco!", ou "Saiba quais são os direitos de um cidadão recém-nascido!" (15 min.). b) Os profissionais da educação, assistência social e outros circulam pelas "bancas" e, a um sinal do formador, escolhem uma. c) Assim que os "clientes" ocupam suas cadeiras, os "vendedores de ideias" começam suas apresentações (35 min.). **Obs.:** O formador continua exercendo o seu papel de apoiar os apresentadores, garantindo que os profissionais da educação e assistência social sejam ouvidos, anotando os pontos principais na "Folha tarefa".

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
PRIORIZANDO MENSAGENS BÁSICAS SOBRE PARTO/ NASCIMENTO E ASPECTOS DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO (60 min.) **Materiais** Duas folhas de cartolina ou de papel kraft e pincéis atômicos coloridos para cada grupo	**4. Plenária, trabalho em grupo, plenária** Desenvolvimento Parte 1: plenária inicial a) Os participantes de todas as áreas estão organizados em grande círculo, sendo que os profissionais da educação e assistência social trazem consigo a "Folha tarefa" preenchida durante as apresentações dos colegas da saúde. b) O formador promove algumas rodadas de perguntas, que poderão ser respondidas por voluntários. São elas: • O que os profissionais da saúde e assistência social acharam das apresentações? • Como foi, para os profissionais da saúde, assumir o papel de educadores? • Que perguntas não foram respondidas pelas apresentações? • Que perguntas ou comentários não chegaram a ser feitos? c) O formador pede que os profissionais da educação e assistência social façam essas perguntas, que podem ser respondidas pelos profissionais da saúde, por ele próprio ou por outros participantes. Parte 2: grupos temáticos a) O formador pede que os participantes refaçam os grupos por temas de interesse, debatidos nas atividades 2 e 3 (B, C, D, E e F). b) Em cada grupo, os participantes priorizam as duas mensagens básicas que deveriam ser divulgadas às gestantes e famílias grávidas sobre parto/nascimento e puerpério, nas escolas, centros de desenvolvimento social, UBS e outros espaços, e as escrevem em dois cartazes. Parte 3: plenária final a) Os participantes voltam ao grande círculo. b) Um representante de cada grupo apresenta suas mensagens básicas aos demais. c) Depois de cada apresentação, os colegas oferecem sugestões de aperfeiçoamento que, se aceitas, são imediatamente incorporadas. Fecho O formador ressalta a riqueza do encontro entre profissionais de diferentes áreas, unidos por um objetivo comum.

MÓDULO 3 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
AVALIAÇÃO (5 min.) **Materiais** Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante	**5. Reflexão sobre as emoções e sentimentos da manhã** Desenvolvimento a) O formador distribui um conjunto de cartões para cada participante e pede que reflitam sobre até que ponto se sentiram ouvidos, acolhidos e respeitados pelos colegas, em especial os de outras áreas. b) Em seguida, pede que ergam o cartão que mais representa suas emoções/ sentimentos: • Verde: plenamente ouvido, acolhido e respeitado. • Amarelo: satisfatoriamente ouvido, acolhido e respeitado. • Vermelho: insuficientemente ouvido, acolhido e respeitado. c) Depois dos cartões erguidos, o formador pede a três voluntários com cartão verde que descrevam as atitudes do outro que fizeram com que se sentissem acolhidos, ouvidos e respeitados, e comenta que, quando essas atitudes não estão presentes, é muito difícil comunicar-se com o outro e aprender com ele. A recomendação, portanto, é que se adotem cada vez mais essas atitudes e que elas sejam especialmente consideradas para as atividades do último módulo da oficina.

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
ACOLHIMENTO INTEGRAÇÃO (15 min.)	**1. Dinâmica "Praticando a escuta ativa"** Desenvolvimento a) O formador divide os participantes em duplas, procurando possibilitar que essas sejam constituídas por pessoas de áreas ou profissões diferentes e que, na oficina, tiveram pouca oportunidade de trabalhar juntas. b) Em cada dupla, os participantes se denominam "A" e "B". c) "A" inicia contando um pequeno episódio de sua vida que diz algo a respeito dele/ dela (3 min.). d) "B" vai escutar, tentando apreender as características positivas de "A", que se revelam por meio do episódio contado. e) Quando os três minutos de "A" terminam, "B" conta o que apreendeu sobre ele/ela, a partir da escuta realizada. f) "A" agradece e, nos próximos seis minutos, o processo se repete, com "B" contando seu episódio a "A", "A" escutando e depois fazendo a devolutiva a "B", que agradece. g) O formador marca o tempo, produzindo um som previamente convencionado a cada três minutos.

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
LEVANTANDO AS CONDIÇÕES PARA O TRABALHO DA EQUIPE MULTISSETORIAL E PARA A INTERSETORIALIDADE (40 min.) **Materiais** Uma folha de cartolina ou papel kraft e pincéis atômicos para cada grupo	**2. Trabalho em grupos** Desenvolvimento a) O formador pede que os participantes da área da saúde se coloquem de um lado da sala e os das demais áreas se coloquem do outro lado. b) Os profissionais da saúde formam grupos nos quais levantam o que precisam dos gestores públicos para que as equipes multiprofissionais de atendimento à gestante e parturiente funcionem e para que possa existir articulação entre os serviços de atenção primária e secundária. c) Os profissionais de educação, assistência social e outros levantam o que precisam dos gestores para que: • Possam melhor atuar como disseminadores de informações de saúde junto às gestantes e famílias grávidas. • O fluxo de informações e encaminhamentos entre educação, desenvolvimento social e saúde possa ocorrer a contento. d) O formador percorre os grupos e incentiva os representantes desses grupos a escreverem nas folhas de cartolina um resumo das principais conclusões.
LEVANTANDO AS CONDIÇÕES PARA O TRABALHO DA EQUIPE MULTISSETORIAL E PARA A INTERSETORIALIDADE (60 min.)	**3. Plenária/debate** Desenvolvimento a) Representantes de cada grupo apresentam as reivindicações a serem feitas aos gestores. b) O formador norteia o debate, possibilitando a contribuição de todos. c) O formador consolida as principais reivindicações do grupo, para serem encaminhadas aos gestores dos sistemas de saúde, educação e desenvolvimento social. Fecho O formador convida os participantes a examinar que mudanças dependem apenas deles e podem iniciar-se mesmo sem as condições plenas para sua implementação.

INTERVALO – 15 MINUTOS

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
TRABALHO EM SUBGRUPOS PARA ELABORAR UM PLANO DE REEDIÇÃO (45 min.) **Materiais** 20 cópias do detalhamento da programação de cada um dos quatro módulos (quatro cópias de cada módulo para cada um dos subgrupos de trabalho); papel kraft ou cartolina; pincéis atômicos; fita crepe para cada subgrupo e cópias dos modelos de Plano de Ação/Reedição (um por participante), conforme modelo à página 98	**4. Planejando a reedição** Desenvolvimento a) O formador constitui cinco subgrupos, compostos por profissionais do mesmo serviço ou semelhantes, e entrega a programação dos quatro módulos vivenciados nestes dois dias. b) Relembra a realidade local relativa à humanização do parto e do nascimento, prioriza um ou mais aspectos a serem melhorados e que poderiam ser abordados por meio de Planos de Ação. c) Define junto ao grupo um público-alvo a ser envolvido e juntos planejam ações para reeditar essa oficina, no todo ou em parte, estimulando a implantação de algumas práticas ampliadas de atenção ao pré-natal, puerpério e/ou amamentação. d) O formador convida os grupos setoriais a inserir um aspecto intersetorial nas ações propostas. e) O formador apresenta o esquema de Plano de Reedição e todos registram as decisões em papel kraft ou cartolina, preparando a apresentação em plenária. Duas ideias para os profissionais da saúde • Os grupos que atuam em locais sem maternidade podem discutir como promover o parto normal nas unidades e empoderar as mulheres enquanto divulgam os seus direitos. É importante refletir como otimizar as rodas de conversa/grupos com gestantes e famílias grávidas: horário, local, inclusão de atrações, etc., e as visitas domiciliares. • Considerar a possibilidade de os profissionais conhecerem a maternidade mais próxima, se não a conhecem, participando de eventuais reuniões naquele local, contribuindo para divulgar a visão dos/as usuários/as que atendem e promovendo a proposta de que a mulher, ao receber a alta, possa ter a sua consulta da primeira semana de puerpério agendada na unidade.

DEBATE E APERFEIÇOAMENTO DE UM DOS PLANOS DE REEDIÇÃO (45 min.)	**5. Plenária de debate e aperfeiçoamento** Desenvolvimento a) Os Planos de Ação/Reedição são afixados nas paredes. b) Um relator de cada subgrupo expõe o plano elaborado, com apoio dos demais membros do grupo. c) Um dos planos é aperfeiçoado, por meio de perguntas de esclarecimento e sugestões da plenária.

MÓDULO 4 – 4 HORAS	
Momento/tempo/ materiais	**Atividades**
AVALIAÇÃO DA OFICINA (15 min.) **Materiais** Fichas de avaliação individuais; computador; *data show* e sistema de áudio	**6. O que senti? O que vivi e aprendi? Como vou usar?** Desenvolvimento a) Os participantes preenchem a ficha de avaliação (página 100) de forma individual e anônima (5 min.). b) O formador pede para que os participantes compartilhem os principais aprendizados, comentários sobre a oficina e sugestões de melhoria (10 min.).

ENCERRAMENTO (5 min.) **Material** Folha com um poema	**7. Dinâmica "jogral"** Desenvolvimento a) O formador escolhe um poema que fale sobre temas como amizade, inspiração e novidade e entrega uma cópia a todos os participantes. b) Convida que, para encerrar a oficina, todos leiam em voz alta os versos do poema, pois eles traduzem o espírito dessa formação, na qual "novas palavras foram aprendidas", "vínculos foram construídos" e "estímulos a diferentes práticas foram realizados", de modo a despertar as pessoas para a importância de humanizar o parto e o nascimento. c) Os participantes, em círculo, fazem a leitura do poema como jogral. d) O formador convida os participantes para uma pequena confraternização.

Alinhamento CONCEITUAL

ABORDAGEM INTEGRAL E INTEGRADA

Abordagem que considera, de forma ampliada e indissociável, as dimensões física, emocional, social e cognitiva/cultural do desenvolvimento na primeiríssima infância, articulando e integrando ações de diferentes setores, como saúde, desenvolvimento social e educação, a fim de possibilitar que a criança atinja a plenitude de seu potencial. Essas dimensões são interdependentes, não sendo possível desenvolver uma delas descuidando das demais. Promover o desenvolvimento integral da criança é considerá-la como um todo, um ser complexo e único. Todos – das famílias aos gestores públicos – são responsáveis por oferecer a ela condições básicas de desenvolvimento, somando e dividindo conhecimentos e atuando de forma conjunta.

ACOMPANHANTE

Pessoa escolhida pela gestante para acompanhá-la antes, durante o parto e no pós-parto. A lei garante à mulher o direito a um/a acompanhante de sua escolha, o/a qual recebe as informações e orientações básicas que lhe permitam apoiá-la física e emocionalmente durante o processo.

CENTRO DE PARTO NORMAL

O Centro de Parto Normal (CPN) é um espaço que vem sendo estruturado há décadas no Brasil, cada qual com sua história, em busca do aperfeiçoamento na atenção à mulher e ao recém-nascido. Práticas menos intervencionistas, segurança, acolhimento e incentivo para que a mulher seja a protagonista do parto são objetivos quando se propõe

a implantação de um CPN. Vale destacar que o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, as diretrizes para implantação e habilitação destes centros no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CESÁREA

É a cirurgia na qual se pratica a abertura do abdome e do útero maternos para se extrair o feto. É um dos procedimentos médicos que mais têm salvado vidas humanas, porém só deve ser utilizado em casos de impossibilidade do parto normal, devido a riscos envolvidos para a mãe ou o feto.

CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos, que deve ser protegida e respeitada em todos os seus direitos, levando-se em conta sua condição peculiar como pessoa em desenvolvimento. É preciso assegurar-lhe todas as condições que possibilitem o seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. O ECA determina, ainda, que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Lei Federal nº 8.069/1990, artigos 2º, 3º, 4º e 6º).

CUIDADO

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Portanto, mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

FAMÍLIA

O desenvolvimento infantil, desde a fase pré-natal, ocorre no contexto da família. A família também é a garantia da construção de

uma história, de um passado e de um projeto de futuro. O Plano Nacional pela Primeira Infância (2010) ressalta que, por mais que a família "tenha se modificado na sua estrutura, nas formas de exercer suas funções e nos papéis intrafamiliares em relação à produção das condições materiais e culturais de sobrevivência e na função geracional, continua sendo a instituição primordial de cuidado e educação dos filhos, mormente nos seus primeiros anos de vida" (PNPI, 2010, p.15). Apoiar as famílias grávidas e com crianças de até três anos é colocar o foco em suas forças e não em suas eventuais carências; é desenvolver a sua resiliência, ajudando-as a reconhecer as redes sociais às quais pertencem e o patrimônio que possuem, e que podem ser colocados a serviço do desenvolvimento pleno das crianças e do território em que habitam. Qualquer formato de família pode promover o desenvolvimento na primeira infância – com casais hetero ou homossexuais; nuclear ou incluindo avós, tios e primos; com mães ou pais solteiros ou divorciados; com filhos biológicos, adotados ou provenientes de diversas uniões. O essencial é que seus membros amem e protejam a criança, cooperem e se incentivem mutuamente a cuidá-la e estimulá-la.

FAMÍLIA GRÁVIDA

O termo família grávida enfatiza que a gravidez não é uma responsabilidade exclusiva da mulher, mas do pai e dos demais familiares. A gestação da criança, se ocorre concretamente no útero materno, simbolicamente também acontece na família, que prepara a chegada de um novo membro.

FORMAÇÃO/FORMADOR

A formação em desenvolvimento do Programa Primeiríssima Infância visa oferecer, aos participantes das áreas da saúde, desenvolvimento social, educação infantil e outras, capacidades que se traduzam em novas práticas setoriais e intersetoriais de atenção à gestante, puérpera e nutriz, bem como às famílias com crianças de zero a três anos. A formação realiza-se por meio de oficinas sobre temas considerados prioritários para a melhoria da qualidade do

atendimento à primeiríssima infância. O formador é um especialista/consultor, responsável por planejar e realizar a formação, bem como supervisionar (acompanhar e apoiar) o trabalho dos profissionais capacitados, ao atuarem enquanto reeditores dos conteúdos das oficinas junto a seus pares e na realização dos Planos de Ação.

INTERVENÇÕES SETORIAIS E INTERSETORIAIS

Intersetorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns, para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações uns com os outros. Além disso, as ações devem também ser realizadas setorialmente, incrementando-se aquelas promovidas no âmbito dos diferentes níveis dos sistemas de saúde, educação, desenvolvimento social, justiça e outros. A resolução dos problemas tende a tornar-se mais eficaz quando os diversos setores definem conjuntamente as prioridades para o desenvolvimento da população infantil local e são estabelecidas interfaces, articulando políticas sociais e iniciativas implementadas no município. A prática intersetorial implica a disponibilidade dos profissionais, interna e externa, de se apoiarem mutuamente por meio de ações conjuntas e do diálogo, com encontros periódicos para trocas de experiências.

PARTO HUMANIZADO/HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

"O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também, e principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua

família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um(a) acompanhante de sua escolha; de ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados." (Dias e Domingues, 2005, p.700). A humanização do parto e do nascimento é um direito de todas as parturientes e de todos os recém-nascidos.

PARTO NORMAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua o parto normal como aquele que tem início espontâneo, baixo risco em seu início, e que assim permanece no trabalho de parto e no parto. A criança nasce espontaneamente a partir de 37 semanas completas de gravidez, e depois do parto mãe e criança mantêm-se em boas condições. E deve-se contar com razões claras e justificáveis para se intervir no processo (Organização Mundial da Saúde/OMS, 1996), o que significa que se deve incluir no cuidado a menor quantidade possível de intervenções. É importante notar que o trabalho de parto de grávidas de alto risco também pode ter um curso normal, sendo possível um parto por via vaginal, quando as condições estão estáveis para a genitora e para o feto. Assim, é possível que as gestantes de risco habitual e de alto risco tenham acesso a um atendimento seguindo as práticas recomendadas acolhedoras e baseadas em evidência científica, consideradas em conjunto como humanização do parto, como apresentado a seguir.

PARTOGRAMA

Representação gráfica do trabalho de parto, que permite ao profissional de saúde monitorar sua evolução, diagnosticar anormalidades, documentar e indicar decisões terapêuticas, colaborando para prevenir a adoção de intervenções desnecessárias. Existem modelos diferentes de partograma, porém, basicamente, o provedor habilitado que atende o parto (de medicina ou enfermagem) representa neste instrumento os fatores envolvidos na evolução do trabalho de parto, como a dilatação (abertura) do colo do útero, descida da parte do feto que se apresenta

na bacia (apresentação fetal) e sua variedade de posição, o controle dos batimentos cardíacos do feto (monitorando o seu bem-estar), o padrão das contrações do útero, registro de eventuais medidas utilizadas (como a administração de líquidos e substâncias, a exemplo da ocitocina) e analgesia. Essa ferramenta faz com que o acompanhamento do trabalho de parto e do parto propriamente dito, seja mais objetivo, tendo destaque a identificação e correção precoces de anormalidades porventura existentes, como a necessidade clara do uso de medicações ou procedimentos para estimular as contrações uterinas, sendo um importante aliado para a escolha mais adequada da via de parto para cada caso. A literatura especializada aponta que o partograma é um método prático que auxilia na promoção de um atendimento clínico de qualidade. A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso do partograma desde 1994 (OMS, 2001).

PLANO DE AÇÃO

Resulta de um processo de planejamento participativo, por meio do qual pessoas envolvidas na realização de um objetivo, relacionado à alteração de práticas, indicam claramente como pretendem alcançá-lo no curto e médio prazos. Para tanto, levantam as atividades que precisam realizar, descrevendo passo a passo como irão implementá-las, especificando que tipo de recursos humanos e materiais serão mobilizados e estabelecendo o tempo necessário para cada etapa. O Plano de Ação pode ser elaborado por participantes das oficinas de formação junto com seus pares e outros parceiros, durante e após o processo de reedição dessas oficinas.

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto pode ser definido como uma lista que reflete as possibilidades de desenvolvimento do processo de parto sobre os quais o profissional, a parturiente e seu/sua acompanhante se debruçaram. Este plano pode conter o que foi planejado desde o início do trabalho de parto até os primeiros dias após o mesmo. Um Plano de Parto pode prevenir a ocorrência de imprevistos, provocar reflexões sobre cada passo, promover escolhas, além de explicitar as preferências da parturiente – como a indicação de quem será o/a acompanhante, se deseja ouvir música, etc.

PLANO DE REEDIÇÃO

É elaborado pelos participantes, ao final de cada oficina de formação, com o objetivo geral de reeditar, ou seja, recriar, adaptar e transmitir aos seus pares, no todo ou em parte, as mensagens das oficinas contidas nos cadernos 3 a 8 da Coleção Primeiríssima Infância. Um Plano de Reedição viabiliza a apropriação e disseminação das aprendizagens da oficina pelos colegas dos participantes que não estavam presentes. Ao elaborar o objetivo específico, os reeditores devem definir o que desejam realizar (desde implementar uma oficina de dois dias até efetuar atividades formativas de curta duração, campanhas, etc.) e os profissionais a serem envolvidos.

PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Primeira infância é o período que vai do nascimento até os seis anos de idade (definição do Plano Nacional pela Primeira Infância, 2010). Primeiríssima infância é a fase inicial da primeira infância, entre a gestação e os três anos (definição utilizada pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal).

REDE DE APOIO

É um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantêm sua própria identidade social. Esta identidade compreende hábitos, costumes, crenças e valores característicos de uma determinada rede. Desta rede, a pessoa e/ou família recebem apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando-se possível o desenvolvimento de relações sociais.

REEDIÇÃO/REEDITOR

A reedição de mensagens e conteúdos adquiridos junto aos seus pares é uma das estratégias do processo formativo do Programa Primeiríssima Infância. Segundo o educador colombiano Bernardo Toro (1994), o reeditor é alguém com a capacidade de readequar, adaptar, recriar mensagens, de acordo com circunstâncias e propósitos específicos, possuindo credibilidade e legitimidade. Tem, em geral, um "público cativo" – colegas, alunos, amigos ou clientes com os quais

possui contato constante – e é por ele reconhecido. Pode transformar, introduzir e criar sentidos em relação a esse público, contribuindo para modificar suas formas de pensar, sentir e atuar.

RESILIÊNCIA

É a capacidade que as pessoas têm de lidar com eventos negativos, recuperando-se e seguindo adiante, ao superar adversidades, com isso crescendo e fortalecendo-se. A resiliência se torna cada vez maior quanto mais a exercitamos.

SUPERVISÃO/SUPERVISOR

Realizada pelos formadores responsáveis pelas oficinas do programa, a supervisão consiste em no mínimo três encontros de oito horas com os profissionais que passaram pela formação e pelas reedições. Estes encontros têm o objetivo de oferecer apoio durante o processo de reedição, na elaboração e implementação de Planos de Ação para mudanças de práticas. Também permitem que os profissionais aprofundem os conteúdos da oficina de formação e tirem dúvidas.

VÍNCULO

Vínculo é um elo, uma ligação forte entre pessoas interdependentes. Segundo Marta Harris (1995), "vínculo é a capacidade de duas pessoas experimentarem e se ajustarem à natureza uma da outra, desenvolvido por meio da interação amorosa e contínua". O primeiro vínculo que um ser humano desenvolve é com a mãe. A construção deste vínculo, que inaugura e modela os demais, se inicia já na fase pré-natal, graças à comunicação fisiológica e emocional que existe entre mãe e bebê. Ganha concretude maior durante a amamentação. Pode continuar a se fortalecer durante todo o processo do desenvolvimento infantil, o que oferece à criança a base da construção e ampliação de vínculos com as demais pessoas que a cercam e depois com a humanidade em geral.

Materiais de apoio PARA A OFICINA

Textos

MENSAGENS MAGNÉTICAS

Textos dos cartazes da dinâmica de acolhimento do Módulo 1.

1. Não é fácil promover o parto normal/vaginal.
2. O importante não é nascer depressa, é nascer bem.
3. O parto é um fenômeno material, físico. O nascimento inclui dimensões físicas e emocionais complexas.
4. A mulher deve ser empoderada e deve assumir o controle do parto de seu bebê.
5. Na ausência de impedimentos relevantes, o parto vaginal é a melhor opção para a mulher e o seu bebê.
6. O(a) parteiro(a) deve possuir, além de técnica, empatia e habilidade de comunicação.
7. Cabe aos gestores das maternidades e dos sistemas de saúde assegurar as condições básicas para que os profissionais da área possam mudar atitudes e práticas em relação ao parto/nascimento.
8. É importante que existam fluxos de comunicação bem definidos entre os membros da equipe multiprofissional da maternidade e entre as equipes que compõem os diferentes níveis hierárquicos no atendimento à gestante/parturiente/nascituro.

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA MATERNIDADE

1. No setor existem indicadores de monitoramento da assistência? Se sim, quais? Por exemplo: taxas de cesarianas, prematuridade, episiotomia?
2. Qual a média de partos por mês?
3. Há participação de acompanhante de livre escolha da mulher antes, durante e após o parto?
4. No atendimento há participação de enfermeira(o) obstetra?
5. Existem equipamentos e materiais para as práticas sugeridas durante o atendimento ao trabalho de parto (bola de Bobath, chuveiro, etc.)?
6. A parturiente tem liberdade para deambulação durante o trabalho de parto e liberdade de posição no parto?
7. Estão disponíveis técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor?
8. Como funciona a articulação entre a atenção básica e a unidade que presta atendimento ao parto? Por exemplo, funciona a recomendação da vinculação da gestante ao local que dará à luz (sabe onde irá parir e fez visita)?
9. Há rotinas e protocolos por escrito na unidade hospitalar de atendimento ao parto? Se sim, quais?
10. É realizado o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida?
11. Ocorrem debates permanentes (rodas de conversa) entre gestores, profissionais de saúde, usuários?

MODELO DE PLANO DE PARTO

PLANO DE PARTO

Nome da mãe: .....

Nome escolhido para o bebê: .....

O parto para algumas mulheres é instintivo e os estímulos podem afetar o seu resultado.

1) Deseja registrar com fotos o momento do seu parto e o nascimento de seu filho?
( ) Não ( ) Sim .....
Obs.: Deverá trazer a máquina fotográfica para que o/a acompanhante possa fotografar.

2) A música favorece o relaxamento e torna o ambiente mais agradável. Deseja música durante o trabalho de parto (trazer CDs)?
( ) Não ( ) Sim, qual? .....

3) Durante o trabalho de parto há grande gasto de energia. Você necessita de alimentos para sentir-se disposta na hora do parto. Quais os alimentos de sua preferência durante o trabalho de parto?
( ) Frutas ( ) Saladas ( ) Sopas ( ) Gelatina ( ) Suco ( ) Doce
( ) Chá com bolachas ou bolo ( ) Outros: .....

4) A água tem o poder de promover relaxamento. Gostaria de banhos de relaxamento?
( ) Sim ( ) Não

5) A massagem na região das "cadeiras", durante as contrações, alivia as tensões. Entretanto cada mulher tem sua forma de sentir. Você gostaria de receber massagens durante o trabalho de parto?
( ) Sim, onde? ..... Por quem? .....
( ) Não

6) Caminhar e fazer exercícios de abaixa e levanta auxilia a diminuir o tempo de trabalho de parto. Deseja ser estimulada a caminhar com o acompanhante e fazer exercícios?
( ) Sim ( ) Não

7) Banco de parto favorece a descida do bebê. Você gostaria de experimentar?
( ) Sim ( ) Não

8) Respirar durante as contrações é importante para autocontrole e respiração do bebê. Você gostaria de ser orientada a respeito?
( ) Sim ( ) Não

9) Existem posições de parto mais vantajosas para mãe e para o bebê. Você gostaria de experimentá-las antes do parto?
( ) Sim ( ) Não

10) O acompanhante pode cortar o cordão umbilical e isto fica fazendo parte da história de seu filho. Quem você gostaria que cortasse o cordão?
( ) Acompanhante ( ) Profissional, nome.....

PARTOGRAMA[2]

Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal/OMS – 1996

Condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

Uso do partograma

- Monitorar a progressão do trabalho de parto
- Identificar as gestantes nas quais a fase latente do trabalho de parto está demorando muito ou a fase ativa está progredindo muito devagar.

MODELO DE PARTOGRAMA[3]

PARTOGRAMA

Etiqueta da paciente

Nome:.....

FCF: * (bat/min)																DE LEE:
180	CÉRVICO-DILATAÇÃO: Δ (cm)	10														
170		9														-AM
160		8														-3
150		7														-2
140		6														-1
130		5														0
120		4														+1
110		3														+2
100		2														+3
90		1														+4
82																VULVA
Início do trabalho Dia:																
Hora:																
Legenda: Realizado (x) Não realizado ( )	Dieta															
	Banho															
	Deambulação															
	"Cavalinho"															
	Bola															
	Cardiotocografia															
1 – 19 S. ☒																
20 – 39 S. ◥																
40 – 39 S. ■																
Bolsa																
LA																
Ocitocina																
Medicamentos Fluídos Anestesia																
Examinador																

2. O partograma humanizado foi uma criação do médico Newton Tomio Miyashita e da enfermeira Anatália Lopes de Oliveira Basile.
3. Instrumento utilizado no Hospital Geral de Itapevi (SP).

VOCÊ FALA A MINHA LÍNGUA?

Língua dos profissionais de saúde

Palavra/expressão	Acho que significa....	Definição dos especialistas
Ocitocina		
Clampeamento do cordão umbilical		
Atonia uterina		
Deambulação		
Distócia		

Língua dos profissionais de educação

Sigla/palavra/expressão	Acho que significa....	Definição dos especialistas
PPP		
Construtivismo		
Movimento da Escola Nova		
Parlenda		
LDB		

Língua dos profissionais da assistência social

Palavra/sigla	Acho que significa....	Definição dos especialistas
Patrimônio		
Loas		
Controle social		
Creas		
Redes sociais		

VOCÊ FALA A MINHA LÍNGUA? DEFINIÇÃO DAS PALAVRAS/ EXPRESSÕES

Língua dos profissionais de saúde

Ocitocina

Ocitocina ou oxitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior (neuro-hipófise), na região central do cérebro, que tem a função de promover as contrações musculares uterinas e reduzir o sangramento após o parto, além de estimular a liberação do leite materno. Pesquisas têm demonstrado que ela também é liberada a partir do contato

físico, sendo por isso associada a expressões de afeto e carinho. É também capaz de reduzir a liberação de adrenalina e cortisol, provocando diminuição dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, podendo também provocar sensação de bem-estar. Por suas ações importantes para o funcionamento hormonal do organismo e no sistema nervoso central, tem-se cada vez mais reconhecido seu papel na modulação do comportamento afetivo, sexual e social. Em obstetrícia, a ocitocina artificial (exógena) é administrada principalmente para promover contrações uterinas, as provocando ou as coordenando, podendo ser um recurso valioso durante o trabalho de parto e para prevenir e tratar hemorragias após o parto. Devido ao caráter geral da sua ação no organismo, os seus efeitos devem ser controlados, para a identificação e tratamento imediato de problemas. É recomendado que seu uso seja feito com indicação criteriosa.

Clampeamento do cordão umbilical

Ligadura do cordão umbilical (clampeamento), que pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento. Para saber mais, acesse http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Atonia uterina

A atonia uterina corresponde a uma condição na qual o útero, logo após o parto, não consegue efetivar de maneira satisfatória contração mantida de suas fibras musculares. "Como consequência, há sangramento volumoso, podendo a mulher após o parto desenvolver complicações hemorrágicas como uma grave redução da pressão sanguínea o que irá prejudicar a perfusão de órgãos e tecidos maternos e ocasionando distúrbios cardíacos e circulatórios, se associando a eventual distúrbio de coagulação do sangue e prejudicando o imediato contato entre mãe e filho." (Nagahama & Sass, apud Oliveira, 2013, p.215-219)

Deambulação

Deambulação significa colocar o paciente acamado em pé para andar ou passear; deve ser estimulada logo que seja clinicamente possível, mesmo que alguns pacientes precisem carregar consigo o suporte de soro, frascos de drenagem, etc. Para saber mais, acesse http://enfermeirogiunco.blogspot.com.br/2010/01/auxilio-deambulacao.html

Distócia

Anormalidade na evolução do trabalho de parto (do grego *dis* = dificuldade e *tokos* = parto) que pode estar relacionado a alterações em qualquer um dos elementos do parto: o trajeto (canal de parto), a força (contrações) ou o objeto (feto). Esse diagnóstico é frequentemente a principal indicação de cesariana

nas mulheres que estão grávidas pela primeira vez (primigesta). Por vezes, a dificuldade em se estabelecer claramente o fator que causa essa desordem motivou o uso da expressão "falha no progresso do trabalho de parto", o que inclui os distúrbios da dilatação do colo uterino e os problemas relacionados à descida fetal. A identificação do motivo preciso deste problema é um item relevante, pois só assim poderão ser adotados cuidados adequados para progressão ao parto normal, o que influencia diretamente na taxa de cesarianas, sendo o partograma um recurso valioso para este fim. O atraso na correção desta anormalidade pode provocar graves danos maternos e fetais. (Brasil, 2001, p.45-63)

Língua dos profissionais da educação

PPP

Projeto político-pedagógico. Toda escola tem objetivos que deseja alcançar, metas a cumprir e sonhos a realizar. O conjunto dessas aspirações, bem como os meios para concretizá-las, é o que dá forma e vida ao chamado projeto político-pedagógico – o famoso PPP. Para saber mais, acesse http://gestaoescolar.abril.com.br/aprendizagem/projeto-politico-pedagogico-ppp-pratica-610995.shtml

Construtivismo

Inspirado nas ideias do suíço Jean Piaget (1896-1980), o método procura instigar a curiosidade, já que o aluno é levado a encontrar as respostas a partir de seus próprios conhecimentos e de sua interação com a realidade e com os colegas. Para saber mais, acesse http://www.pedagogia.com.br/conteudos/construtivista.php

Movimento Escola Nova

O movimento educacional denominado Escola Nova surgiu no início do século XX, em consequência da democratização e universalização do ensino, assim como do desenvolvimento das ciências auxiliares. Em sua fundamentação, dois pontos se fazem ressaltar: a preparação do homem para a indagação e resolução de seus problemas e uma nova visão de como a criança aprende agindo, experimentando e vivenciando. Para saber mais, acesse http://www.escolanova.com.br/ed_inf/metodologia.asp

Parlenda

As parlendas são versinhos com temática infantil, recitados ou cantados em brincadeiras de crianças. São usadas por adultos também para embalar, entreter e distrair as crianças. Possuem uma rima fácil e, por isso, são populares

entre os pequenos. Para saber mais, acesse http://www.suapesquisa.com/folclorebrasileiro/parlendas.htm

LDB

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Para saber mais, acesse http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf

Língua dos profissionais da assistência social

Patrimônio

É um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantir, a si mesmas e a seus familiares, maior segurança e melhor padrão de vida.

Loas

Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) – Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Para saber mais, acesse http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

Controle social

Um dos aspectos fundamentais da assistência social brasileira é o controle das ações desenvolvidas. Destacado na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas), o exercício do controle social implica o planejamento, acompanhamento, avaliação e fiscalização da oferta dos programas, serviços e benefícios socioassistenciais. Para saber mais, acesse http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/controlesocial

Creas

Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas). De acordo com a definição expressa na Lei Federal nº 12.435/2011, o Creas é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como função constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no Suas a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Seu papel no Suas define, igualmente, seu papel na rede de atendimento. Para saber mais, acesse http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/

pse-protecao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-institucional

Redes sociais

É um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantêm sua própria identidade social. Esta identidade compreende hábitos, costumes, crenças e valores característicos de uma determinada rede. Desta rede, a pessoa e/ou família recebem apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando-se possível o desenvolvimento de relações sociais.

FOLHA TAREFA PARA OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL PARTICIPANTES DAS APRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tema: .....

Apresentador: .....

1. Pontos importantes:	* *
2. Ideias que eu "comprei":	* *
3. Perguntas que ficaram no ar:	* *
4. Vale a pena disseminar junto às gestantes e famílias grávidas:	* *

Vídeo

O RENASCIMENTO DO PARTO (filme promocional), de Érica de Paula e Eduardo Chauvet (Brasil, 2013)

Duração: 8'07". Documentário que retrata a realidade obstétrica mundial e sobretudo brasileira. Produzido por Chauvet Filmes e MasterBrasil Filmes, em associação com HTRON.
http://www.youtube.com/watch?v=3B33_hNha_8

Modelo recomendado de Fluxo para a Formação

OFICINA DE FORMAÇÃO INICIAL (16 HORAS)
Responsável: Formador/supervisor
Público: Reeditores

30 dias depois

SUPERVISÃO (8 HORAS)
Responsável: Formador/supervisor
Público: Reeditores

30 dias depois

SUPERVISÃO (8 HORAS)
Responsável: Formador/supervisor
Público: Reeditores

30 dias depois

SUPERVISÃO (8 HORAS)
Responsável: Formador/supervisor
Público: Reeditores

CONTEÚDOS
Apresentação de conceitos e reflexões no tema abordado pela oficina; qualificação de práticas no cuidado, atenção e promoção do bem-estar da gestante e da criança

CONTEÚDOS
Aprofundamento de discussões; facilitação/apoio à reedição da oficina; apoio às mudanças de práticas que estão ocorrendo, a partir do que o programa para a primeiríssima infância planejou no município

REEDIÇÃO DA OFICINA DE FORMAÇÃO INICIAL
Responsável: Reeditor
Público: Pessoas que não participaram da oficina de formação inicial e que desenvolvem funções pares às do reeditor em sua unidade de atendimento

Conforme sistemática de formação continuada adotada no município

PRÓXIMOS ENCONTROS DE REEDIÇÃO
Responsável: Reeditor
Público: Pessoas que não participaram da oficina de formação inicial, desenvolvem funções pares às do reeditor em sua unidade de atendimento e se integraram à sistemática de formação continuada adotada no município

CONTEÚDOS
Apresentação de conceitos e reflexões no tema abordado pelas oficinas de formação; qualificação de práticas no cuidado, atenção e promoção do bem-estar da gestante e da criança. Os reeditores podem definir a melhor estratégia de carga horária – implementar uma oficina de dois dias, realizar atividades formativas de curta duração ou em horários de planejamento e estudos já previstos

CONTEÚDOS
Aprofundamento de discussões; apoio às mudanças de práticas que estão ocorrendo, a partir do que o programa para a primeiríssima infância planejou no município

Modelo de Plano de Ação/Plano de Reedição

Objetivos específicos (o que se pretende)	Ações/ atividades (como fazer)	Responsáveis (quem irá executar)	Recursos necessários (humanos e financeiros)	Prazos (quando começa e termina)	Metas (devem ser tangíveis, quanti ou qualitativamente)	Como medir	Situação (preencher conforme orientação)	Justificativa

Orientações para preenchimento da coluna Situação

Não iniciado: preencher campo com a cor vermelha

Iniciado com atraso: preencher campo com a cor amarela

Em andamento: preencher campo com a cor verde

Concluído: preencher campo com a cor azul

Modelo de Relatório de Formação e Supervisão

Com o objetivo de sistematizar o processo e aprender com a experiência do apoio ao ..... (nome do programa), pede-se a colaboração dos capacitadores na elaboração do relatório abaixo. Favor anexar a este relatório: a) PowerPoint (caso houver); b) listagem de material de apoio (textos, livros, DVD, etc.); e c) fotos e lista de presença.

TEMA DA OFICINA DE FORMAÇÃO/SUPERVISÃO:

Formadores:.....
Data: .....
Local: .....
Participantes (perfil e número): .....

Organização

1. Como foi a organização da formação/supervisão (descrever como foram definidos pontos como número e perfil de participantes, divisão dos grupos e do tempo disponível, etc.)? Houve algum percalço? Há algo positivo ou negativo que você gostaria de destacar? Qual?

Conteúdos

2. O que foi trabalhado/discutido na formação/supervisão? (qual era a demanda ou acordo prévio?)
3. O formato da formação/supervisão pareceu adequado para a necessidade do grupo e para a multiplicação da formação? Há algo positivo ou negativo que você gostaria de destacar?

Processo

4. Presença na formação/supervisão: o número e o perfil de participantes eram os esperados/acordados? Se não, indique o que ocorreu.
5. Quais foram as suas impressões quanto ao clima da formação/supervisão? (como estava a disposição do grupo para o trabalho, impressões sobre a dinâmica do grupo e aspectos emocionais expressos e não expressos).
6. Pela sua observação e pelos relatos dos grupos, quais os principais pontos que podem dificultar e/ou facilitar a implantação da multiplicação e a incorporação dos conhecimentos à prática? (exemplo: propostas políticas conflitantes; comprometimento/perfil das lideranças; comunicação entre instâncias envolvidas; carência de profissionais e/ou serviços).
7. Há aprendizados retirados da execução desta atividade que você gostaria de destacar?
8. Há propostas de mudanças de processo ou sugestões que você gostaria de destacar?

Ficha de Avaliação para Oficinas de Formação

Formação: .....

Município: .....

Formadores: .....

Data: .....

Nome (opcional):.....

E-mail (opcional): .....

Telefone (opcional):.....

1. Qual sua avaliação do conteúdo da formação/supervisão?

a) Ótimo

b) Bom

c) Razoável

d) Ruim

2. Qual sua avaliação do material utilizado na formação/supervisão?

a) Ótimo

b) Bom

c) Razoável

d) Ruim

3. Qual sua avaliação dos(as) formadores(as)/supervisores(as)?

a) Ótimo

b) Bom

c) Razoável

d) Ruim

4. Qual sua avaliação do local/instalações onde foi realizada a formação/supervisão?

a) Ótimo

b) Bom

c) Razoável

d) Ruim

5. Quanto aos tópicos abordados na formação, você acredita que:

a) Sinto-me capaz de colocar em prática a partir de amanhã, mas acho difícil repassar o conteúdo para meus colegas.

b) Sinto-me capaz de colocar em prática a partir de amanhã, tenho condições de multiplicar este conhecimento com os colegas e acredito que dispomos das condições para implantar as inovações discutidas.

c) O conteúdo é muito relevante, passível de ser multiplicado, mas para colocá-lo em prática eu e meus colegas dependemos de condições (decisões) a serem asseguradas por terceiros.

6. Você tem algo a acrescentar? Por favor, sinta-se à vontade para apontar críticas, propor novas práticas e fazer comentários que entender pertinentes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela participação!

Sua opinião pode contribuir muito para o aprimoramento de nossas práticas.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, E.A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Revista de Ciências Médicas: Campinas, 3 (4): 381-8, 2004.

BASILE, A.L.O.; PINHEIRO, M.S. B.; MIYASHITA, N.T. **Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar**. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2007.

BERGHELLA, V.; BAXTER, J.K.; CHAUHAN, S.P. **Evidence-based labor and delivery management**. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(5):445-54.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. São Paulo: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curva de Friedman. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/5PARTOGRAMA.pdf. Acesso em 29/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 31/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uso do Partograma no acompanhamento do trabalho de parto. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 29/01/2015.

Governo de Estado de São Paulo. Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Lei do Direito do Usuário, artigo 2º inciso XVI de 1999. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm. Acesso em 29/01/2015.

Prefeitura da Cidade de São Paulo. Lei nº 15.894, de 8 de novembro de 2013. Lei que aborda o parto humanizado/anestesia. Disponível em: http://camaramunicipalsp.qaplaweb.com.br/iah/fulltext/leis/L15894.pdf. Acesso em 29/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Lei que aborda o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá a assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 30/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura/Saúde Reprodutiva e da Família. (OMS, Genebra 1996).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS, nº 371 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 30/01/2015.

BUHIMSCHI, C.S.; BUHIMSCHI, I.A. Advantages of vaginal delivery. **Clin Obstet Gynecol**. 2006;49(1):167-83.

CECATTI, J.G; CALDERÓN, I.M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(6): 357-65.

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**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, set. 2005.

DINIZ, S. G. A atenção integral e a caixa de pandora: notas sobre a experiência do coletivo Feminista Sexualidade Saúde. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro. Editora FioCruz, 1999.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2009; 19(2):313-326.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005;10(3):627-37.

ENKIN, M.W.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.P.; CROWTHER, C.A; DULEY, L.; HODNETT, E.D.; HOFMEYR, G.J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FRIEDMAN, E.A. **Labor: Clinical Evaluation and Management**, 2ª ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978.

HARRIS, M. **Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas**. São Paulo: Vértice, 1995.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L.E.; CASTRO, C.M.; LAGO, T.G.; SOUZA, S.R. **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. (Série Temas em Saúde Coletiva, 11).

MARINO, E.; PLUCIENNIK, G.A. **Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida**. São Paulo: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, 2013.

MATOS, T.A.; SOUZA, M.S; SANTOS, E.K.A.; VELHO, M.B.; SEIBERT, E.R.C.; MARTINS, N. M. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007; 29(1):1-2.

MULROW C.D.; M.D; M.Sc. The Medical Review Article: State of the Science, Ann Intern Med. 1987; 106(3): 485-488. Doi: 10.7326/0003-4819-106-3-485, ©1987, American College of Physicians.

NAGAHAMA, G.; SASS, N. Atonia Uterina. In: Sass, N., de Oliveira L.G. (org.), **Obstetrícia**. 1ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013. pp. 215-219.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado.** São Paulo: TAO Editorial, 1981.

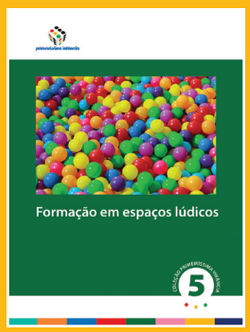
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno**. Brasília, [2001]. OMS/CHD/98.9.

RIBEIRO, L.B.; GARCIA, M.T.; KATZ, R.H.; CARVALHO, G.M. **Ser gestante – Refletindo o Cuidado da Gestação ao Nascimento**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2005. 152p.

TORO, J.B. **La construcción de la nación y la formación de educadores en servicio**. Santa Fé de Bogotá, 1994. (cópia xerográfica)

UNICEF/Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf. Acesso em: 29/01/2015.

primeiríssima infância



www.fmcsv.org.br
www.colecaoprimeirissima.org.br

caderno_07_completo_cor.indd 108 2/18/15 2:28 PM