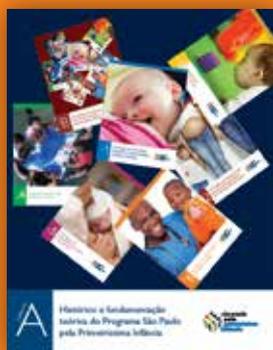




caderno **5**

## Formação em humanização do parto e nascimento





O material formativo do **Programa São Paulo pela Primeira Infância** contém oito cadernos e um *pen drive* com seis vídeos que trazem entrevistas com especialistas apresentando os seis temas específicos.



# Formação em humanização do parto e nascimento

caderno **5** Programa  
São Paulo pela  
Primeiríssima  
Infância



# SUMÁRIO

Apresentação, 5

Retrato da Oficina a ser reeditada, 7

1. Público-alvo, 9

2. Objetivos da Oficina, 10

3. Resultados esperados, 12

4. Indicadores de êxito, 13

5. Exemplos do impacto na realidade do desenvolvimento na Primeiríssima Infância, 17

6. Mensagens básicas, 19

7. Oficina de Formação – visão geral, 24

8. Passo a passo – descrição das atividades, 27

9. Alinhamento conceitual, 44

10. Materiais de apoio para as Oficinas, 49

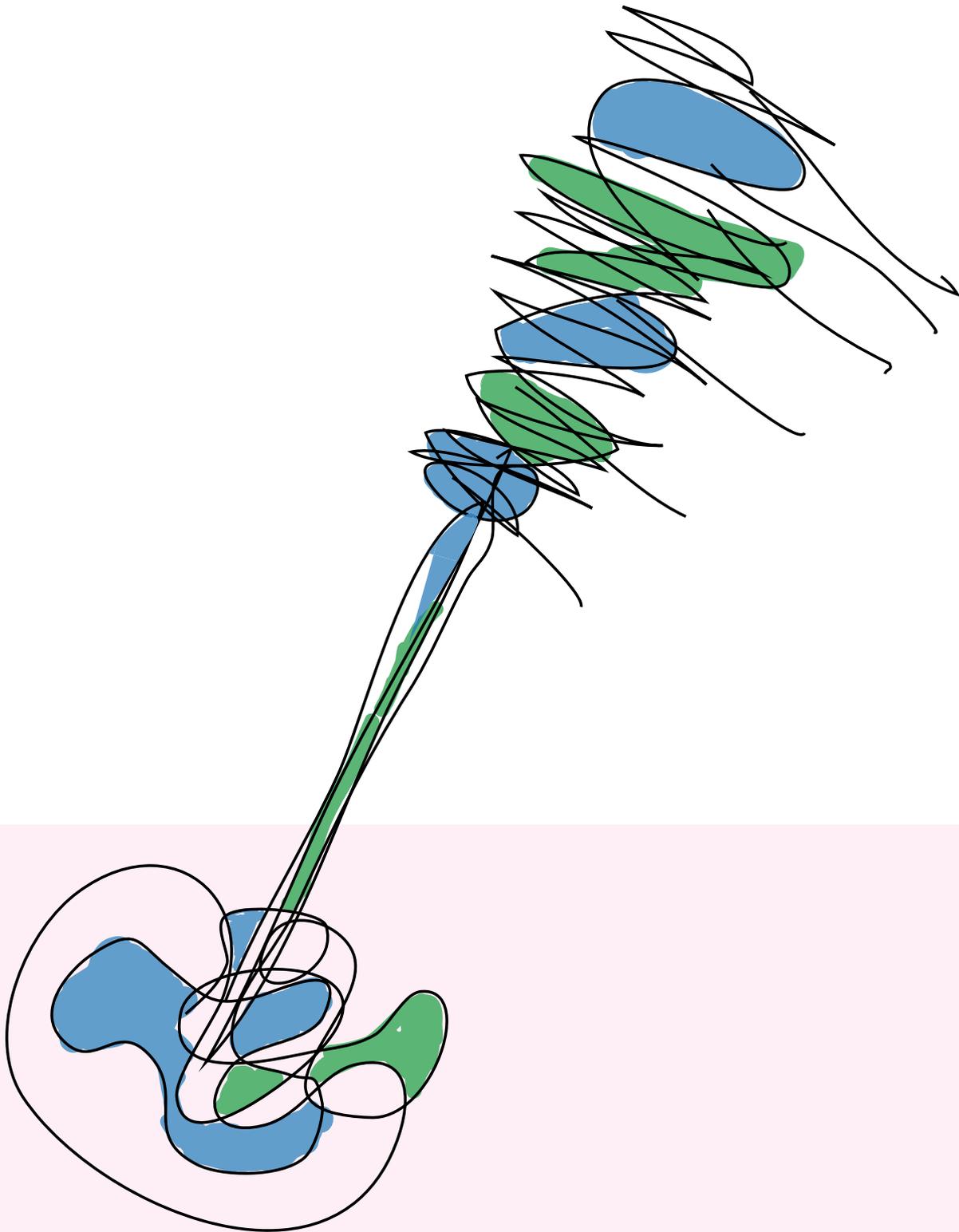
Textos, 50

Vídeos, 93

PowerPoints, 94

Ficha de Avaliação, 120

11. Bibliografia, 122



# Apresentação

O Caderno 5 – *Formação em humanização do parto e nascimento* é parte de um conjunto de oito títulos produzidos pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), cuja primeira edição se destina ao uso e implementação do **Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância**. Este material é uma ferramenta de apoio à disseminação de conhecimentos sobre o desenvolvimento integral da criança de 0 a 3 anos, com vistas a gerar ações integradas de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e mudar o panorama do atendimento às necessidades e aos direitos da **Primeiríssima Infância**.

## Os oito títulos

### **Cadernos introdutórios:**

- A – Histórico e fundamentação teórica do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância*
- B – Aprendizagem profissional com foco na promoção da Primeiríssima Infância*

### **Cadernos temáticos:**

- 1 – Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas*
- 2 – Formação em trabalho com grupos: famílias grávidas e com crianças de até 3 anos*
- 3 – Formação em espaços lúdicos*
- 4 – Formação em Educação Infantil: 0 a 3 anos*
- 5 – Formação em humanização do parto e nascimento*
- 6 – Formação em puericultura: práticas ampliadas*

O Caderno A – *Histórico e fundamentação teórica do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância* apresenta a origem, os propósitos, os princípios e as estruturas do Programa. Além disso, mostra por que o investimento nos três primeiros anos de vida pode transformar para melhor e de forma decisiva a vida de cada criança, das famílias e da comunidade.

O Caderno B – *Aprendizagem profissional com foco na promoção da Primeiríssima Infância* oferece uma visão geral das estratégias de Formação do Programa, com sugestões a respeito de como coordenar grupos de aprendizagem e planejar a disseminação de conhecimentos construídos.

Os seis cadernos temáticos apresentam a sistematização das Oficinas de Formação do Programa, realizadas entre 2010 e 2012, nas quais foram envolvidos profissionais das áreas de Saúde, Educação, Assistência 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.

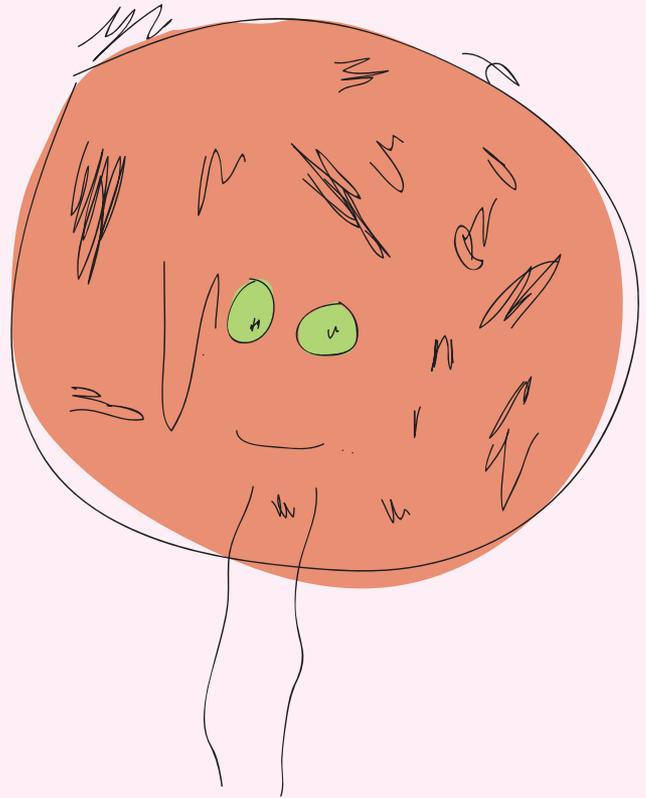
Cada caderno temático inclui: público-alvo; objetivos da Oficina; resultados esperados; indicadores de êxito; exemplos do impacto e mensagens básicas; visão geral do processo da Oficina de Formação; o passo a passo das atividades e dinâmicas de cada módulo; alinhamento conceitual – no qual se encontram considerações sobre o sentido de algumas palavras-chave que, em alguns momentos do texto, estão identificadas em negrito, na cor azul (exemplo: **reeditores**); textos para reflexão e material de apoio utilizados nos trabalhos em grupo ou como referência para o formador; textos comentados dos *PowerPoints* nos quais os conceitos-chave são apresentados; e bibliografia.

O objetivo do Caderno 5 é disponibilizar uma visão detalhada da *Formação em humanização do parto e nascimento*. Com isso, 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.

# RETRATO DA OFICINA A SER REEDITADA

Construímos a descrição dessa Oficina de Formação a partir de planos e relatórios de oficinas do Programa Primeiríssima Infância (para saber mais sobre o Programa, acesse o site [www.fmcsv.org.br](http://www.fmcsv.org.br)) relativas ao tema, realizadas no período de 2010-2012 e de depoimentos/sugestões de consultores envolvidos.

## I. Público-alvo



Profissionais de Educação Infantil, Saúde, 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.

## 2. Objetivos da Oficina

### Geral

Formar **reeditores** que possam adaptar e utilizar conteúdos e estratégias dessa Oficina em futuras capacitações junto a seus pares, nos serviços de atenção ao parto e também nos outros serviços de Saúde, Educação Infantil e Desenvolvimento Social, incentivando **intervenções setoriais e intersetoriais** que resultem na **humanização do parto e nascimento**.



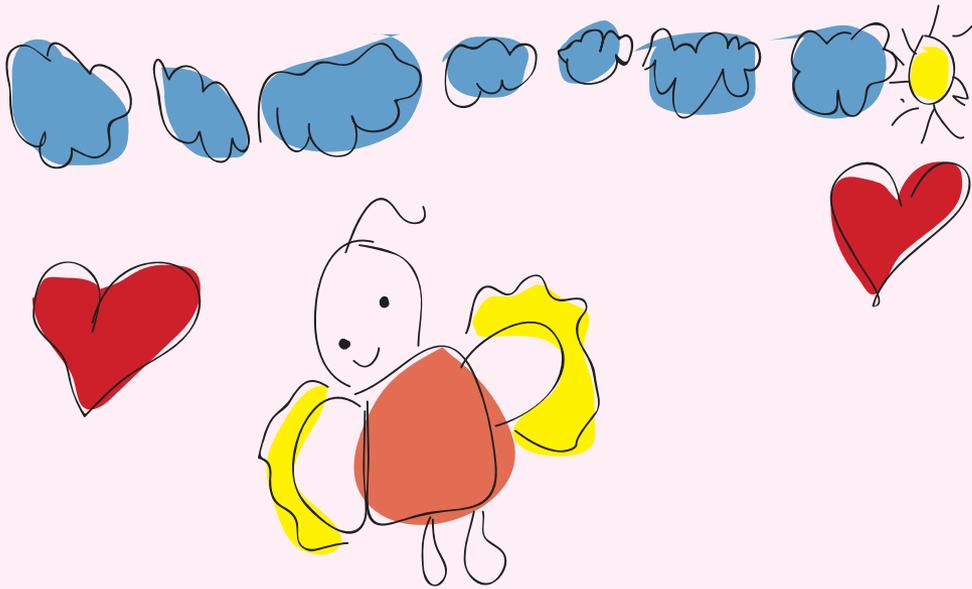
Os participantes serão convidados a:

- 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, parto e 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 no 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 material técnico para aspectos biomédicos.

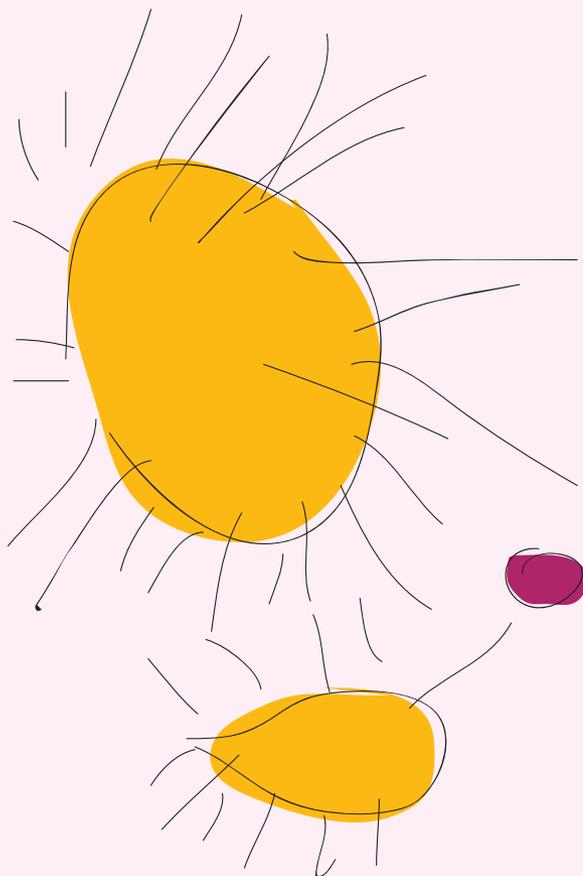
### 3. Resultados esperados



Todos os participantes (reeditores) elaboram ou esboçam, em grupos, Planos de Reedição da Oficina, para viabilizar a disseminação das aprendizagens aos colegas de trabalho. Na Oficina, os reeditores também definem profissionais a serem envolvidos e iniciam o planejamento de ações e estratégias de mudanças de práticas que desejam realizar por meio de Planos de Ação.

## 4. 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 afetivo 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, sempre que as condições do recém-nascido e mãe possibilitarem;
- atuam em equipes multiprofissionais, adotando em comum acordo rotinas, procedimentos técnicos e protocolos que promovem a humanização do parto e 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 nos locais onde não há maternidade:

- coordenam ou participam ativamente de grupos/reuniões de gestantes, vinculados ou não à consulta pré-natal;
- 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.

### Profissionais de Saúde, Educação, Assistência Social e outros, que atuam junto a gestantes/parturientes e suas famílias:

- 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, promovendo reuniões, campanhas e mobilizações que resultem na promoção da humanização do parto e nascimento;
- aproveitam as oportunidades de contato com as gestantes para disseminar os seus direitos.

## Gestantes:

- participam de grupos de famílias grávidas, trocando experiências, 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 onde 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.

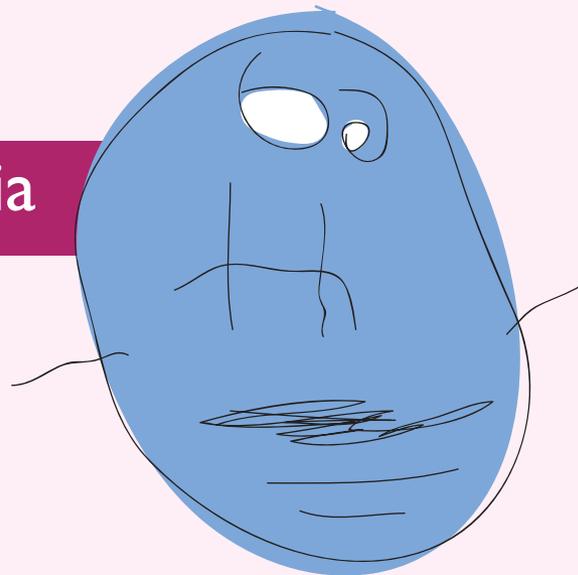
## Parturientes:

- contam com a presença de acompanhante bem preparado, durante o processo de 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;
- 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, sempre que possível;
- são amamentados com leite do peito na primeira hora de vida 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 de Saúde.

## 5. Exemplos do impacto na realidade do desenvolvimento na Primeiríssima Infância



A meta final das Oficinas de Formação do Programa sobre humanização do parto e nascimento é produzir mudanças no olhar e na prática dos profissionais de Saúde, Assistência Social e Educação, as quais possam ter impacto na forma como as mães dão à luz e as crianças são recebidas.

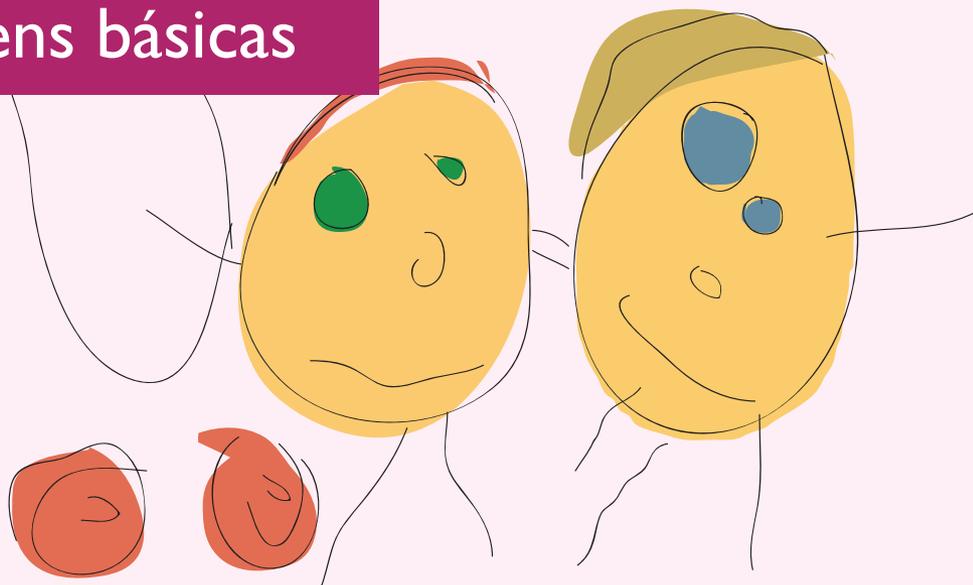
Casos como os que relatamos a seguir mostram que perspectivas e crenças sobre o desenvolvimento infantil estão se transformando nos municípios envolvidos com o Programa – o que gera ações que melhoram a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

- 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, os participantes 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 pelos 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**.

## 6. 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 recém-nascidos.**

O Brasil já tem muita legislação que garante à parturiente e ao recém-nascido o direito à humanização do parto e 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. 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 sua saúde e a do bebê e escolhendo a pessoa que irá acompanhá-la, entre outros aspectos.

### **Aspectos emocionais do parto e 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 amenizar seus medos do desconhecido, da dor e de possíveis lesões, 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.

### **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 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 e 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.

### **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 não 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...”* .

A via de parto vaginal é a melhor opção para a mulher, sempre que não houver recomendação médica para o parto cesárea

### **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 ao 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 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, Martins, 2010) mostram que essas duas providências simples estão associadas à di-

minuição de hemorragia puerperal, melhor amamentação e menores índices de mortalidade infantil. Trata-se de uma conduta simples que pode trazer numerosos benefícios para a mãe e 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.

## 7. Oficina de Formação

### Visão geral do que será trabalhado em dois dias de Oficina de Formação



A *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. Coordenam o processo um ou dois **formadores**, especialistas no tema e em trabalhos com grupos (veja o passo a passo detalhado no Capítulo 8). Para as reedições, por questões práticas de disponibilidade de tempo dos participantes, a programação pode ser adaptada, reduzindo-se a carga horária, evitando-se abreviá-la demais, sendo recomendadas reduções 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 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. 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.

Os participantes vindos de municípios onde não há maternidade 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; 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.

## 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 0 a 3 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 **quarto e último módulo** da Oficina, os participantes concluem as discussões iniciadas no módulo anterior, fazendo recomendações aos gestores-diretores dos Hospitais/Maternidades e aos secretários de Saúde, Educação, Desenvolvimento Social a respeito de medidas que poderiam facilitar o trabalho intersetorial e da 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 precisariam 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 assistem a um curto vídeo relembrando as aprendizagens e descobertas dos últimos dias. Preenchem uma Ficha de Avaliação e, logo após, participam de uma confraternização.

## 8. Passo a passo –

## descrição das atividades

Número de participantes: 40

Número de formadores/reeditores: 1 ou 2

<b>MÓDULO 1 (4 HORAS)</b>	
<b>Momento / Tempo / Materiais</b>	<b>Atividades</b>
<p><b>Integração</b></p> <p>(20 min.)</p> <p>Oito cartazes com afirmações sobre o tema “Parto humanizado”; aparelho de som e CD com música instrumental suave</p>	<p><b>I. Dinâmica de acolhimento: memórias de infância</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador recebe os participantes de forma cordial, calorosa.</p> <p>b) Dispõe oito cartazes pelas paredes da sala, cada um deles contendo uma afirmação diferente (“Mensagens magnéticas”, p. 82).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 1 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
	<p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador se apresenta e comenta que esta atividade é o início de um diálogo em torno destas e de outras questões e que ela irá se prolongar por toda a Oficina: primeiro, envolvendo apenas os profissionais de Saúde e, depois, também os de Educação e Assistência Social.</p>
<p><b>Por que estamos aqui?</b></p> <p>(15 min.)</p> <p>Computador; datashow e apresentação em PowerPoint</p>	<p><b>2. Apresentação dos objetivos da Oficina</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador apresenta os objetivos gerais e específicos da Oficina (p. 10). Esta apresentação pode ser feita com <i>PowerPoint</i>.</p> <p>b) O formador ressalta que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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;</li><li>▪ 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;</li><li>▪ 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;</li><li>▪ no quarto módulo, todos os profissionais se prepararão para desenvolver ações inter-setoriais e para reeditar a Oficina.</li></ul> <p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador convida alguns participantes a comentar os objetivos da Oficina, destacando, entre eles, os que consideram mais importantes e por quê. Faz acordos em relação ao manejo do tempo/responsabilidade de todos.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 1 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Diagnóstico da realidade local (I)</b></p> <p>(40 min.)</p> <p>Um conjunto de dez cartelas com perguntas para cada grupo e outro conjunto de dez cartelas em branco para cada grupo</p>	<p><b>3. Roda de conversa em pequenos grupos (30 min.)</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) Os participantes dividem-se em grupos com cerca de dez profissionais em cada um.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existem na comunidade programas que propiciam que as famílias conheçam previamente a maternidade?</li><li>▪ Há classificação de risco no pronto-atendimento?</li><li>▪ Como se realiza a escuta ativa da mulher?</li><li>▪ A gestante é informada de seu direito a ter um acompanhante de livre escolha?</li><li>▪ Que métodos de alívio da dor são utilizados?</li><li>▪ A cesariana é realizada com práticas acolhedoras do núcleo familiar?</li><li>▪ Como se dá o manejo ativo do terceiro período do parto?</li><li>▪ Ocorre o contato pele a pele do bebê com a mãe?</li><li>▪ Ocorre a amamentação na primeira hora de vida?</li><li>▪ 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?</li></ul> <p>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 aqueles que atuam em localidades onde não há maternidade a participar da discussão, avaliando em que medida as famílias têm possibilidade de ter acesso ao atendimento adequado durante o parto/nascimento.</p> <p>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.</p> <p><b>Fecho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Os participantes de cada grupo afixam nas paredes as cartelas preenchidas com os obstáculos identificados. Todos passam em revista as produções dos demais grupos, identificando os pontos em comum.</li><li>▪ 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.).</li></ul>
INTERVALO (15 min.)	

(Cont.)

## MÓDULO 1 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Diagnóstico da realidade local (II)</b></p> <p>(1h40)</p> <p>Roteiro de entrevista e/ou TV; DVD; cópia do vídeo (ou acesso à internet;/ <i>datashow</i>; tela de projeção) e sistema de áudio</p>	<p><b>4. Visita ao Centro Obstétrico/Centro de Parto Normal (CPN) e reflexão sobre o trailer do documentário <i>O renascimento do parto</i></b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador divide os participantes em dois grupos:</p> <p><b>Grupo A</b> – Profissionais de Saúde atuando em locais com maternidade <b>Grupo B</b> – Profissionais de Saúde atuando em locais sem maternidade</p> <p>b) Cada grupo receberá do formador orientações/tarefas distintas.</p> <p><b>Obs.:</b> Pode ser que o grupo seja homogêneo, ou seja, que apenas exista profissionais atuando em municípios com maternidade, ou que apenas existam profissionais atuando em municípios sem maternidade. Nesse caso, apenas uma das atividades será realizada.</p> <p><b>Grupo A</b> – Visita ao Centro Obstétrico</p> <p><b>Preparação:</b></p> <p>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.</p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p><b>Se não houver um atendimento de parturiente em andamento (60 min.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ O formador divide os participantes em duplas ou trios.</li><li>▪ 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.</li><li>▪ 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”, p. 83).</li></ul> <p><b>Se houver um atendimento de parturiente em andamento (60 min.):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ O grupo de participantes observa o atendimento (30 min.).</li><li>▪ O profissional que está trabalhando é convidado a explicar os seus procedimentos e o raciocínio por trás dos mesmos. Os participantes fazem anotações (30 min.).</li></ul> <p><b>Grupo B</b> – Reflexão sobre o vídeo <i>O renascimento do parto</i> (60 min.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Antes da exibição do vídeo, os participantes são 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; Grupo 3) O bebê (10 min.).</li></ul>

(Cont.)

## MÓDULO 1 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O formador convida os participantes a assistir a versão resumida (10 min.) do documentário <i>O renascimento do parto</i>.</li><li>▪ 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.)</li><li>▪ Em cada grupo, os participantes elaboram um cartaz apresentando as principais sugestões levantadas (10 min.)</li></ul> <p><b>Plenária:</b> (30 min.)</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p><b>OBS.:</b> O formador cuida para que o debate não se torne repetitivo ou insuficiente, chamando a atenção para que fiquem atentos para adaptar continuamente esta etapa da Oficina à realidade do grupo.</p> <p><b>Fecho:</b></p> <p>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 dessa Oficina (10 min.).</p>

(Cont.)

## MÓDULO 1 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Conversando sobre o parto normal</b></p> <p>(30 min.)</p> <p>Computador; datashow; apresentação em PowerPoint e <i>post its</i></p>	<h3>5. Apresentação dialogada</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador apresenta o PPT 1 – O que é parto normal (ver p. 94) (15 min.).</p> <p>b) Apresenta o PPT 2 – Centros de Parto Normal (ver p. 100) (15 min.).</p> <p>c) A cada <i>slide</i> ou conjunto de <i>slides</i>, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ autonomia/poder da mulher e o parto;</li><li>▪ pré-natal e o que ele representa como oportunidade de identificar riscos, amenizar ansiedades e esclarecer dúvidas;</li><li>▪ perfil da equipe multiprofissional, rotinas e procedimentos. O acolhimento do acompanhante durante e após o parto;</li><li>▪ 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;</li><li>▪ situação especial de prematuridade, os seus desafios e como qualificar-se para enfrentá-los.</li></ul> <p><b>Fecho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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.</li><li>▪ Ele solicita aos participantes que selecionem, entre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. E pede que escrevam em <i>post its</i>.</li><li>▪ O formador recolhe os <i>post its</i> e os afixa na parede, agrupados por semelhança (10 min.).</li></ul>
<p><b>Avaliação</b></p> <p>(10 min.)</p> <p>Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante</p>	<h3>6. Reflexão sobre as aprendizagens da manhã</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>O formador distribui a cada participante um conjunto de três cartões (amarelo, vermelho e verde) e solicita que as pessoas reflitam em silêncio por 2 minutos sobre as aprendizagens da manhã. Em seguida, pede que levantem o cartão que corresponde à sua avaliação dessa etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ verde, se as experiências da manhã corresponderam ou superaram suas expectativas;</li><li>▪ amarelo, se corresponderam à parte das expectativas;</li><li>▪ vermelho, se não corresponderam às expectativas.</li></ul> <p><b>Obs:</b> 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, ou manejar expectativas irrealistas.</p>

## MÓDULO 2 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Aquecimento</b></p> <p>(20 min.)</p> <p>Aparelho de som/ CD com música instrumental</p>	<p><b>I. Dinâmica: Casos de parto</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>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.</p> <p>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, autônoma.</p> <p>c) O formador produz um som para marcar o final dos primeiros três minutos e o outro participante da dupla repete o processo.</p> <p>d) Com os participantes em círculo, o formador pede que alguns voluntários relatem os casos ouvidos.</p> <p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador destaca alguns procedimentos em comum a todos os casos e que fizeram a parturiente sentir-se bem, como, por exemplo, escuta ativa por parte da equipe multiprofissional e oportunidades de se fazerem escolhas.</p>
<p><b>Conversando sobre Parto: Aspectos da Prestação de Cuidados (I)</b></p> <p>(90 min.)</p> <p><i>Post its</i>; computador; <i>datashow</i>; cópias do partograma (uma por participante) e cópias do Plano de Parto (uma por participante)</p>	<p><b>2. Apresentação dialogada</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador apresenta o PPT 3 – O Parto: aspectos da prestação de cuidados (ver p. 105).</p> <p>b) A cada <i>slide</i> ou conjunto de <i>slides</i>, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bases técnicas da assistência ao parto (intervenções benéficas de acordo com evidências científicas);</li> <li>▪ importância do partograma;</li> </ul> <p><b>Obs.:</b> Ao apresentar o partograma, o formador distribui aos participantes um modelo do mesmo para análise (ver p. 87).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ autonomia da mulher e Plano de Parto.</li> </ul> <p><b>Obs.:</b> Ao apresentar o Plano de Parto, o formador distribui aos participantes um modelo do mesmo para análise (ver p. 84).</p> <p><b>Fecho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O formador solicita aos participantes que selecionem, entre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. E pede que escrevam em <i>post its</i>.</li> <li>▪ E recolhe os <i>post its</i> e os afixa na parede, agrupados por semelhança.</li> </ul>
<p>INTERVALO (15 min.)</p>	

(Cont.)

## MÓDULO 2 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Conversando sobre o parto e aspectos do puerpério</b></p> <p>(50 min.)</p> <p><i>Post its; computador e datashow</i></p>	<h3>3. Apresentação dialogada</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) O formador apresenta o PPT 4 – O Parto: aspectos puerperais (ver p. 112).</p> <p>b) A cada <i>slide</i> ou conjunto de <i>slides</i>, o formador estimula os participantes a refletir sobre sua realidade, por meio de perguntas, abordando temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adoção de um conjunto de cuidados que evitem intervenções desnecessárias e preservem a privacidade e a autonomia materna;</li><li>▪ Manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto (profilaxia da atonia uterina);</li></ul> <p><b>Obs.:</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Administração de ocitocina;</li></ul> <p><b>Obs.:</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Clampeamento oportuno do cordão umbilical e tração contínua e controlada do cordão umbilical. Monitoramento da puérpera na primeira hora após o parto;</li></ul> <p><b>Obs.:</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Contato pele a pele mãe-bebê;</li><li>▪ Amamentação: técnicas de manejo das mamas para facilitar a amamentação;</li><li>▪ Banho depois de seis horas de vida; alojamento conjunto mãe-criança;</li><li>▪ Bebê protegido: vacinas a serem aplicadas e exames a serem realizados no nascituro; marcação de consulta, com a mãe, na Unidade de Saúde;</li><li>▪ Bebê cidadão: Registro Civil de Nascimento, Caderneta da Criança.</li></ul> <p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador solicita aos participantes que selecionem, entre as questões discutidas, as duas informações que priorizariam para iniciar um trabalho educativo junto a gestantes e famílias grávidas. Pede que anotem num <i>post it</i>. Logo após, recolhe os <i>post its</i> e os afixa na parede, agrupados por semelhança.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 2 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Preparando as apresentações para os colegas da Educação e Assistência Social (I)</b></p> <p>(1h)</p> <p><i>Post its</i> produzidos pelos participantes nas atividades anteriores, agrupados em conjuntos temáticos, contendo as informações prioritárias a serem discutidas com as famílias</p> <p>Um conjunto, por grupo, de textos e folhetos sobre os temas que serão apresentados no dia seguinte</p> <p>Um <i>laptop</i> ou <i>tablet</i> por grupo e folhas de papel <i>kraft</i>/<i>flipchart</i></p>	<h3>4. Trabalho em grupos – o desafio da comunicação: do jargão médico à linguagem leiga</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p><b>Preparação</b> (20 min.)</p> <p>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 quanto ao se interagir com grupos, para o debate e disseminação/popularização de informações sobre saúde.</p> <p>b) O formador informa que, no dia seguinte, o grupo será convidado a exercer 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.</p> <p>c) E apresenta o mural com os <i>post its</i> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (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);</li> <li>▪ (B) Preparação para o parto: a mulher como protagonista. Consultas do pré-natal e carteira de exames. Visita à maternidade, Plano de Parto, escolha de acompanhante (perfil do/a acompanhante); procedimentos diante de sinais do parto e anormalidades;</li> <li>▪ (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;</li> <li>▪ (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 e banho após seis horas de vida;</li> <li>▪ (E) Proteção e cidadania desde a maternidade: vacinas, exames, agendamento de consulta ambulatorial mãe/bebê, caderneta da criança, registro de nascimento;</li> <li>▪ (F) Atuação junto às gestantes e parturientes em situação de risco/vulnerabilidade social: adolescentes, drogadas, presidiárias, de comunidades indígenas e outras.</li> </ul> <p>d) O formador pede que os participantes se dividam em seis grupos.</p> <p>e) Informa que cada grupo deverá escolher um tema entre aqueles mostrados no mural e preparar uma apresentação de 30 minutos sobre ele.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 2 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
	<p><b>Execução</b> (40 min.)</p> <p>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 cada grupo tenha um <i>laptop</i> ou <i>tablet</i> que possa ser utilizado.</p> <p>b) O formador circula pelos grupos oferecendo orientações e sugestões a respeito de como tornar as apresentações interativas e interessantes.</p> <p>c) Produto do trabalho (em cada grupo): esboço da apresentação de 30 min.: Título atraente. Objetivo. Conteúdos/ Mensagens (três no máximo). Forma de apresentar o conteúdo: em diálogo com os participantes e/ou de forma lúdica. Papel dos membros do grupo na apresentação.</p>
<p><b>Preparando as apresentações para os colegas da Educação e Assistência Social (I)</b></p> <p>(25 min.)</p>	<p><b>5. Plenária</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>a) Os participantes ficam dispostos em círculo.</p> <p>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.</p>
<p><b>Avaliação do dia</b></p> <p>(15 min.)</p> <p>Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante</p>	<p><b>6. Reflexão sobre as aprendizagens do dia</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>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; Vermelho: muito inseguro.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) O formador 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.</p>

## MÓDULO 3 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Aquecimento e apresentação dos objetivos dos módulos 3 e 4 da Oficina</b></p> <p>(40 min.)</p> <p>Aparelho de som/CD com a música “Quem é você?”</p> <p>Rosas de papel crepom ou de plástico em número equivalente ao dos participantes das áreas de Educação, Assistência Social, e outras</p>	<p><b>I. Dinâmica: Quem é você? Você fala a minha língua? O que vamos fazer juntos?</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p><b>Parte 1</b></p> <p>a) Ao som da música “Quem é você?”, de Chico Buarque, o formador distribui rosas de papel crepom ou de plástico aos profissionais de Saúde.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Parte 2</b></p> <p>a) O formador distribui a cada dupla, trio ou pequeno grupo uma lista de termos específicos utilizados por médicos, pedagogos e assistentes sociais (ver Texto 6 – Você fala a minha língua?, p. 88).</p> <p>b) Em cada dupla/trio/pequeno grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ os profissionais da área da Educação dizem o significado dos termos médicos e de Assistência Social (ou tentam adivinhar, ou inventam um significado de acordo com a sonoridade da palavra);</li><li>▪ os participantes da área de Assistência Social dizem o significado dos termos médicos e pedagógicos (idem ao anterior);</li><li>▪ os participantes da área da Saúde dizem o significado dos termos pedagógicos e de Assistência Social (idem ao anterior);</li><li>▪ em seguida, os participantes de cada área clarificam o significado dos termos técnicos de sua profissão.</li></ul> <p><b>Parte 3</b></p> <p>a) O formador destaca a importância de os 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.</p> <p>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 dois primeiros módulos.</p> <p>c) Reapresenta, por meio de <i>slides</i>, os objetivos da Oficina.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 3 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Mensagens básicas sobre parto e nascimento</b></p> <p>(60 min.)</p> <p>Textos, folhetos, <i>slides</i>, cartazes recebidos pelos profissionais de Saúde na atividade preparatória do módulo anterior e outros criados por ocasião do preparo (um conjunto por grupo)</p> <p>Folhas Tarefa (uma por participante das áreas de Educação, Assistência Social e outras)</p>	<h3>2. Plenária (tema A) e Grupos (temas B e C)</h3> <p><b>Preparação:</b></p> <p>O formador divide a sala em três espaços: um para plenária e dois para trabalhos em grupo. Junto com os profissionais de Saúde, deverão identificar os temas B e C a serem debatidos pelos grupos. Sugestões de temas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Tema A</b> – O processo de parto e nascimento e o seu impacto no desenvolvimento da Primeiríssima Infância</li><li><b>Tema B</b> – Preparação para o parto: a mulher como protagonista</li><li><b>Tema C</b> – Fisiologia do parto e poder da mulher para controlar a situação</li></ul> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p><b>Introdução:</b> (5 min.)</p> <p>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.</p> <p><b>Parte 1</b> (30 min.): os profissionais de Saúde apresentam o Tema A.</p> <p>a) O formador facilita a apresentação, garantindo que os profissionais da Educação e Assistência Social sejam ouvidos, façam perguntas, anotem os pontos principais (ver Texto 7 – “Folha Tarefa para os profissionais de Educação e Assistência Social, participantes das apresentações dos profissionais de Saúde”, p. 92) 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.</p> <p><b>Parte 2</b> (25 min.)</p> <p>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 de Saúde que apresentará o conteúdo para a reflexão.</p> <p>b) O formador apoia os apresentadores, garantindo que os profissionais da Educação e Assistência Social sejam ouvidos, façam perguntas, anotem os pontos principais (ver Texto 7, p. 92) 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.</p>
INTERVALO (15 min.)	

(Cont.)

## MÓDULO 3 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Conversando sobre parto e aspectos do pré-natal e puerpério</b></p> <p>(60 min.)</p> <p>Textos, folhetos, <i>slides</i>, cartazes, recebidos pelos profissionais de Saúde na atividade preparatória do módulo anterior e outros criados por ocasião do preparo (um conjunto por grupo)</p> <p>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)</p> <p>Folhas Tarefa (uma por profissional das áreas de Educação Assistência Social e outras)</p>	<h3>3. Mercado de ideias</h3> <p><b>Preparação:</b> (10 min.)</p> <p>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”.</p> <p>b) O formador anuncia que haverá três grupos de profissionais de 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Tema D</b> – Procedimentos que criam vínculo mãe-bebê-pai e fortalecem a saúde materna e da criança</li><li><b>Tema E</b> – Recém-nascido e protegido</li><li><b>Tema F</b> – Gestantes em risco social: Como identificar? O que fazer?</li></ul> <p><b>Desenvolvimento</b> (50 min.):</p> <p>a) Os profissionais de 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.).</p> <p>b) Os profissionais de Educação, Assistência Social e outros circulam pelas “bancas” e, a um sinal do formador, escolhem uma.</p> <p>c) Assim que os “clientes” ocupam suas cadeiras, os “vendedores de ideias” começam suas apresentações (35 min.).</p> <p><b>Obs:</b> 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 (Texto 7, p. 92).</p>
<p><b>Priorizando Mensagens Básicas sobre Parto/ Nascimento e aspectos do pré-natal e puerpério</b></p> <p>(60 min.)</p> <p>Duas folhas de cartolina ou de papel <i>kraft</i> e pincéis atômicos/<i>pilots</i> coloridos para cada grupo</p>	<h3>4. Plenária, Trabalho em Grupo, Plenária</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p><b>Parte I:</b> plenária inicial</p> <p>a) Os participantes de todas as áreas estão organizados em grande círculo, sendo que os profissionais da Educação e Assistência Social trazem consigo as Folhas Tarefa preenchidas durante as apresentações dos colegas da Saúde.</p> <p>b) O formador promove algumas rodadas de perguntas, que poderão ser respondidas por voluntários. São elas:</p>

(Cont.)

## MÓDULO 3 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O que os profissionais de Saúde e Assistência Social acharam das apresentações?</li><li>▪ Como foi, para os profissionais de Saúde, assumir o papel de educadores?</li><li>▪ Que perguntas não foram respondidas pelas apresentações?</li><li>▪ Que perguntas ou comentários não chegaram a ser feitos?</li></ul> <p>c) O formador pede que os profissionais de Educação e Assistência Social façam essas perguntas, que podem ser respondidas pelos profissionais de Saúde, por ele próprio ou por outros participantes.</p> <p><b>Parte 2:</b> grupos temáticos</p> <p>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).</p> <p>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 Assistência Social, UBS e outros espaços, e as escrevem em dois cartazes.</p> <p><b>Parte 3:</b> plenária final</p> <p>a) Os participantes voltam ao grande círculo.</p> <p>b) Um representante de cada grupo apresenta suas mensagens básicas aos demais.</p> <p>c) Depois de cada apresentação, os colegas oferecem sugestões de aperfeiçoamento que, se aceitas, são imediatamente incorporadas.</p> <p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador ressalta a riqueza do encontro horizontal entre profissionais de diferentes áreas, unidos por um objetivo em comum.</p>
<p><b>Avaliação</b></p> <p>(5 min.)</p> <p>Um conjunto de três cartões (um vermelho, um amarelo e um verde) para cada participante</p>	<h3>5. Reflexão sobre as emoções e sentimentos da manhã</h3> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>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.</p> <p>b) Em seguida, pede que ergam o cartão que mais representa suas emoções/sentimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verde: plenamente ouvido, acolhido e respeitado;</li><li>▪ Amarelo: satisfatoriamente ouvido, acolhido e respeitado;</li><li>▪ Vermelho: insuficientemente ouvido, acolhido e respeitado.</li></ul> <p>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. Portanto, vamos adotar cada vez mais essas atitudes e demonstrá-las no último módulo da Oficina.</p>

## MÓDULO 4 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Acolhimento Integração</b></p> <p>(15 min.)</p>	<p><b>1. Dinâmica: Praticando a escuta ativa</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>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 poucas oportunidades de trabalhar em conjunto.</p> <p>b) Em cada dupla, os participantes se denominam “A” e “B”;</p> <p>c) “A” inicia contando um pequeno episódio de sua vida que diz algo a respeito dele/dela (3 min.).</p> <p>d) “B” vai escutar, tentando apreender as características positivas de “A”, que se revelam por meio do episódio contado.</p> <p>e) Quando os 3 minutos de “A” terminam, “B” conta o que apreendeu sobre ele/ela, a partir da escuta realizada.</p> <p>f) “A” agradece e, nos próximos 6 minutos o processo se repete, com “B” contando seu episódio a “A”, “A” escutando e depois fazendo a devolutiva a “B”, que agradece.</p> <p>g) O formador marca o tempo, produzindo um som previamente convencionado a cada 3 minutos.</p>
<p><b>Levantando as condições para o trabalho da equipe multissetorial e para a intersectorialidade</b></p> <p>(40 min.)</p> <p>Uma folha de cartolina ou papel <i>kraft</i> e <i>pilots</i> para cada grupo</p>	<p><b>2. Trabalho em grupos</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <p>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.</p> <p>b) Os profissionais de Saúde formam grupos nos quais levantam o que precisam dos gestores 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.</p> <p>c) Os profissionais de Educação, Assistência Social e outros levantam o que precisam dos gestores para que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ possam melhor atuar como disseminadores de informações de saúde junto às gestantes e famílias grávidas;</li><li>▪ o fluxo de informações e encaminhamentos entre Educação, Assistência Social e Saúde possa ocorrer a contento.</li></ul> <p>d) O formador percorre os grupos e incentiva os representantes desses grupos a escrever nas folhas de cartolina um resumo das principais conclusões.</p>

(Cont.)

## MÓDULO 4 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Levantando as condições para o trabalho da equipe multissetorial e para a intersetorialidade</b></p> <p>(60 min.)</p>	<p><b>3. Plenária/Debate</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>Representantes de cada grupo apresentam as reivindicações a serem feitas aos gestores.</li><li>O formador norteia o debate, possibilitando a contribuição de todos.</li><li>O formador consolida as principais reivindicações do grupo, para serem encaminhadas aos gestores dos sistemas de Saúde, Educação e Assistência Social.</li></ol> <p><b>Fecho:</b></p> <p>O formador convida os participantes a examinar que mudanças dependem apenas deles e podem iniciar-se mesmo sem as condições plenas para sua implementação.</p>
INTERVALO (15 min.)	
<p><b>Trabalho em subgrupos para elaborar um Plano de Reedição</b></p> <p>(45 min.)</p> <p>20 cópias do detalhamento da programação de cada um dos quatro módulos: quatro cópias de cada módulo para cada um dos subgrupos de trabalho</p> <p>Papel <i>kraft</i> ou cartolina; <i>pilots</i> e fita crepe para cada subgrupo</p>	<p><b>4. Planejando a reedição</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>O formador constitui subgrupos, compostos por profissionais do mesmo serviço ou semelhantes e entrega o detalhamento resumido da programação dos quatro módulos, vivenciados nestes dois dias.</li><li>Relembra a realidade local relativa à humanização do parto e nascimento, prioriza um ou mais aspectos a serem melhorados e que poderiam ser abordados por meio de Planos de Ação.</li><li>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.</li><li>O formador convida os grupos setoriais a inserir um aspecto intersetorial nas ações propostas.</li><li>O formador apresenta o esquema de Plano de Reedição e todos registram as decisões em papel <i>kraft</i> ou cartolina, preparando a apresentação em plenária.</li></ol> <p><b>Duas ideias para os profissionais de Saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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.</li></ul>

(Cont.)

## MÓDULO 4 (4 HORAS)

Momento / Tempo / Materiais	Atividades
<p><b>Debate e aperfeiçoamento de um dos Planos de Reedição</b></p> <p>(45 min.)</p>	<p><b>5. Plenária de Debate e Aperfeiçoamento</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Os Planos são afixados nas paredes.</li><li>b) Um relator de cada subgrupo expõe o plano elaborado, com apoio dos demais membros do grupo.</li><li>c) Um dos planos é aperfeiçoado, por meio de perguntas de esclarecimento e sugestões da plenária.</li></ul>
<p><b>Avaliação da Oficina</b></p> <p>(15 min.)</p> <p>Fichas de Avaliação individuais Computador; <i>datashow</i> e sistema de áudio</p>	<p><b>6. O que senti? O que vivi e aprendi? Como vou usar?</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Os participantes preenchem a Ficha de Avaliação de forma individual e anônima (5 min.).</li><li>b) E assistem ao vídeo <i>Formação em humanização do parto e nascimento</i>, no qual o consultor sumariza as mensagens essenciais da Oficina (10 min.).</li></ul>
<p><b>Encerramento</b></p> <p>(5 min.)</p> <p>Folha com um poema</p>	<p><b>7. Dinâmica: jogral</b></p> <p><b>Desenvolvimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) O formador escolhe um poema que fale sobre temas como amizade, inspiração e novidade e entrega uma cópia a todos os participantes.</li><li>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 “estímulo a diferentes práticas”, para despertar as pessoas para a importância de humanizar o parto e o nascimento.</li><li>c) Os participantes, em círculo, fazem a leitura do poema como jogral.</li></ul>



## 9. 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 Primeira 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 e 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.

### CESÁREA

É a cirurgia na qual se pratica a abertura do abdome e do útero materno para se extrair o feto. É um dos procedimentos médicos que mais tem 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 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 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 Primei-

ra 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 3 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 pode ser colocado 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 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 na Primeiríssima Infância do Programa visa oferecer aos participantes das áreas de Saúde, Desenvolvimento Social, Educação Infantil e outras capacidades que se traduzam em novas práticas setoriais e intersetoriais, de atenção à gestante, puerpera e nutriz, bem como às famílias com crianças de 0 a 3 anos. Realiza-se por meio de Oficinas de Formação 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 através de ações conjuntas e do diálogo, com encontros periódicos para troca de experiências. Um exemplo de intervenção intersetorial: em um município onde se quer promover o aleitamento materno, os profissionais de Saúde nas UBSs dialogam com gestantes, mães e familiares sobre a importância da amamentação, investigam causas que poderiam dificultar o processo, intervêm com as tecnologias apropriadas nas visitas domiciliares e levantam alternativas; creches e escolas encaminham gestantes e mulheres no puerpério aos serviços de Saúde e Assistência Social; ampliam/disseminam informações oferecidas pelas UBSs junto às gestantes e mães de suas comunidades. O serviço de Assistência Social verifica as questões econômico-sociais levantadas pelos profissionais de Saúde e de Educação, que precisam ser equacionadas para que a amamentação e o desmame ocorram a contento; agem para que os direitos da mulher que amamenta sejam respeitados, inclusive acionando os operadores da Justiça, e estimulam suas redes de apoio para que necessidades básicas sejam atendidas. Profissionais dos três setores organizam, juntos, grupos de mulheres e seus apoios para refletir

sobre o tema. Também organizam juntos a Semana de Amamentação e conseguem apoio de empresários e da mídia na implementação das atividades.

### PARTO HUMANIZADO/HUMANIZAÇÃO DO PARTO E 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 serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; 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 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 ao 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 ocitocina, por exemplo) e analgesia. Essa ferramenta faz com que o acompanhamento do trabalho de parto, e o 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 repassar aos seus pares, no todo ou em parte, as mensagens das Oficinas descritas nos cadernos 1 a 6 desta série. 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 realizar 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 6 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 3 anos (termo utilizado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal).

### PROGRAMA SÃO PAULO PELA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

É uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, municípios e ONGs paulistas, com o objetivo de melhorar o atendimento e cuidado às gestantes e crianças de até 3 anos. O Programa prevê a criação da Linha de Cuidado da Saúde da Criança de 0 a 3 anos, a realização do Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil (em parceria com a Escola de Enfermagem da USP) e o desenvolvimento do Índice de Atenção Integral à Primeira Infância (em parceria com a Fundação Seade). Além disso, o Programa atua por meio de: a) formação de profissionais, dos vários serviços de atendimento, para o aprimoramento e a integração de práticas de forma a contribuir para o desenvolvimento integral da criança; b) desenvolvimento e fortalecimento da governança local para construir políticas públicas eficazes; c) mobilização da comunidade visando à importância do estímulo, do cuidado e vínculo emocional nos primeiros anos de vida; e d) apoio a processos de monitoramento e avaliação.

### 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 determinada rede. Dessa rede, a pessoa e/ou família recebem apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando 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. Segundo 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 frente 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 8 horas com os profissionais que passaram pela Formação e pelas reedições. Esses encontros têm o objetivo de oferecer apoio durante o processo de reedição, na elaboração e implementação de Planos de Ação para mudanças de práticas, e aprofundar e tirar dúvidas sobre os conteúdos da Oficina de Formação.

### 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 desse 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 na Primeira Infância, 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.

## 10. Materiais de apoio

### para as Oficinas



## TEXTOS

### 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 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 parto, vivenciando junto à mulher a experiência do nascimento. O profissio-

nal 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 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 e 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 parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;
- 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 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

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

O principal objetivo de um grupo de apoio (...) 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

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 e assistente social, é fundamental 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 específico 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.

O objetivo destas atividades é o de 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 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 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.

## I. 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; e
- 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.

## 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.

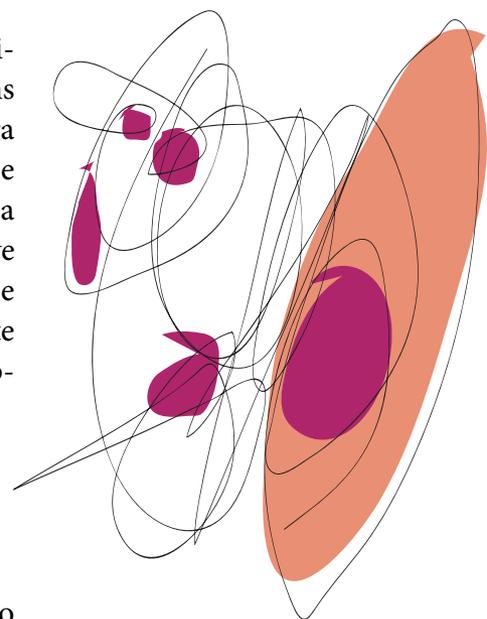
No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente. Ao deitar, é orientada a adotar a posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com os braços posicionados de maneira confortável, perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama; deve-se colocar 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 até 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 de-



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

ambulando 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  $\text{CO}_2$  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.

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 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.

## **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 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; e 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, seu 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	Radford (1880)

Fonte: Francome e cols, 1993.

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia e 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.

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 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 abaixo mostra a porcentagem de partos por cesariana em países do continente americano, ultrapassando os 20% na maioria deles, além de alguns outros indicadores de saúde reprodutiva destes países.

### Alguns indicadores de saúde reprodutiva em países das Américas

Países	% de cesárea	% mortes afecções perinatais	% BPN <2.500 g	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. Dom.	25,9	-	13	110	-	95
Uruguai	21,9	55,3	8	29	92	98
Venezuela	21	46,5	9	60	26	96

BPN = baixo peso ao nascer; RMM = razão de mortalidade materna; NV = nascidos vivos; PN = partos normais

Fonte: Fescina, 2000.

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 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 o Estado de São Paulo ou o do 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 onde seus índices são elevados, a prevalência é diretamente proporcional ao nível de renda da mulher.

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 nesse 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 quando 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 conseqüentemente de seus médicos, em se submeter a uma prova de trabalho de parto após uma cesárea tem aumentado bastante nos Estados Unidos e 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.

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 conseqüências. Mais recentemente, a necessidade de transfusões sanguíneas e de hemoderivados associada à realização de cesáreas introdu-

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

## 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 neste 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 si mesma no que concerne a seu papel de mulher e de mãe, entre outros. 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 a 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.

Dessa forma, é fundamental que não ocorra um descompasso entre o discurso e a prática e que a distância entre o que se recomenda e 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.

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.

A equipe de Saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento

## I. 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 de 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 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. Dessa forma, faz-se necessário adequar a estrutura física das salas de admissão dos 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 cérvix 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 ges-

tantes a procurar o hospital. O profissional deve estar atento a tais acontecimentos, a fim de se 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 grandes 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; e
- 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.

## **4. Procedimento na admissão/internação da parturiente**

### **Anamnese**

Nenhum atendimento em Saúde, mesmo nos casos considerados de baixo risco, prescinde de uma anamnese dirigida, quando serão avaliados: antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos (onde 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 diagnóstico podem ser postergados, até que a gestante se encontre na fase ativa do trabalho de parto, e devem ser utilizados com muita parcimônia nos casos de suspeita/confirmação de amniorrexe prematura. Quando existe sangra-

mento 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 a 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.

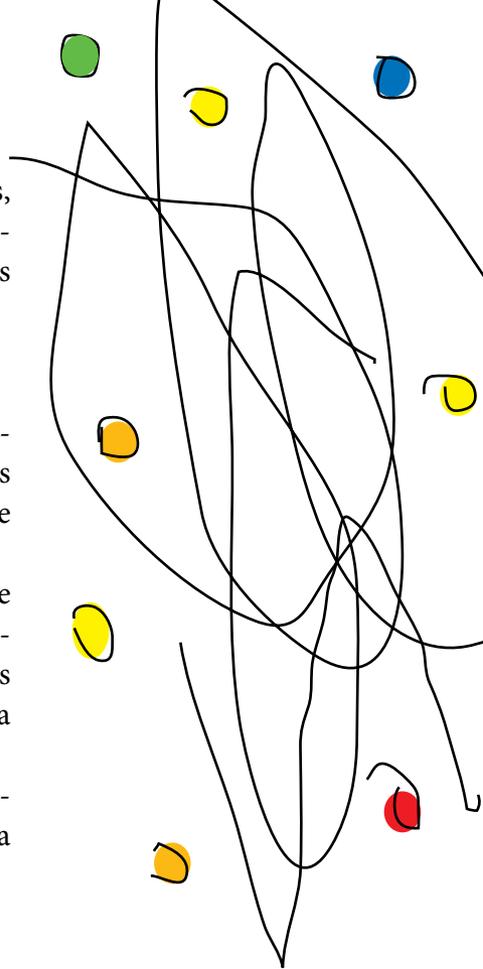
Por essas razões, e considerando o custo adicional para sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente.

### Enterocлизма

Embora os benefícios tradicionalmente atribuídos à realização de enterocлизма (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.

Dessa forma, a decisão de realizar ou não o enterocлизма 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.

## 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.

Quando deitada, a gestante deve ser orientada a não permanecer em decúbito dorsal horizontal, porque essa 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 essa regra são as gestantes que apresentam rotura de bolsa com cabeça não encaixada (para evitar o prolapso do cordão) e aquelas que apresentem sangramento genital moderado ou severo.

## 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 FCF e alterações plásticas sobre o polo cefálico (bossa serossanguínea). Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas.

Dessa 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 frequência cardíaca fetal (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, esse controle pode ser feito a cada 60 minutos, reduzindo-se esse 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* (taquissístolia, 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, conseqüentemente, para 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 normativos 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 en-

saios 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:

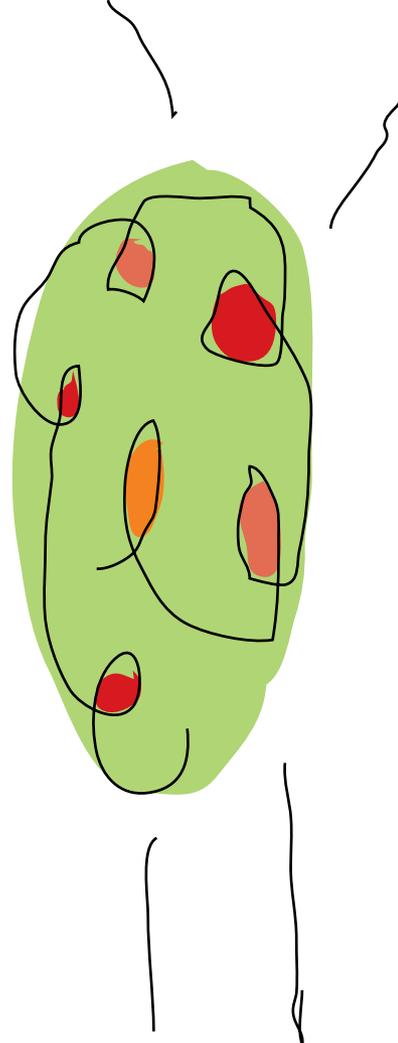
1. Variações na amostra.
2. Diferença na conformação dos grupos.
3. Diferenças na condução (manipulação) dos grupos.
4. Verdadeiros efeitos do novo tratamento ou procedimento, que é a meta que se persegue habitualmente nesses ensaios.

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.

### 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 elegerem somente os artigos que interessam à nossa hipótese. A parte quantitativa denomina-se “metanálise”, método que permite combinar os resultados dos estudos primários independentes e a síntese 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 e 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.

## COMO MÉTODO DE TRABALHO, TEM AS SEGUINTE ETAPAS:

**1. Investigação, revisão, atualização da bibliografia:** a busca dos trabalhos deve ser planejada, 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*).

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:

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 OMS 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 no 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.

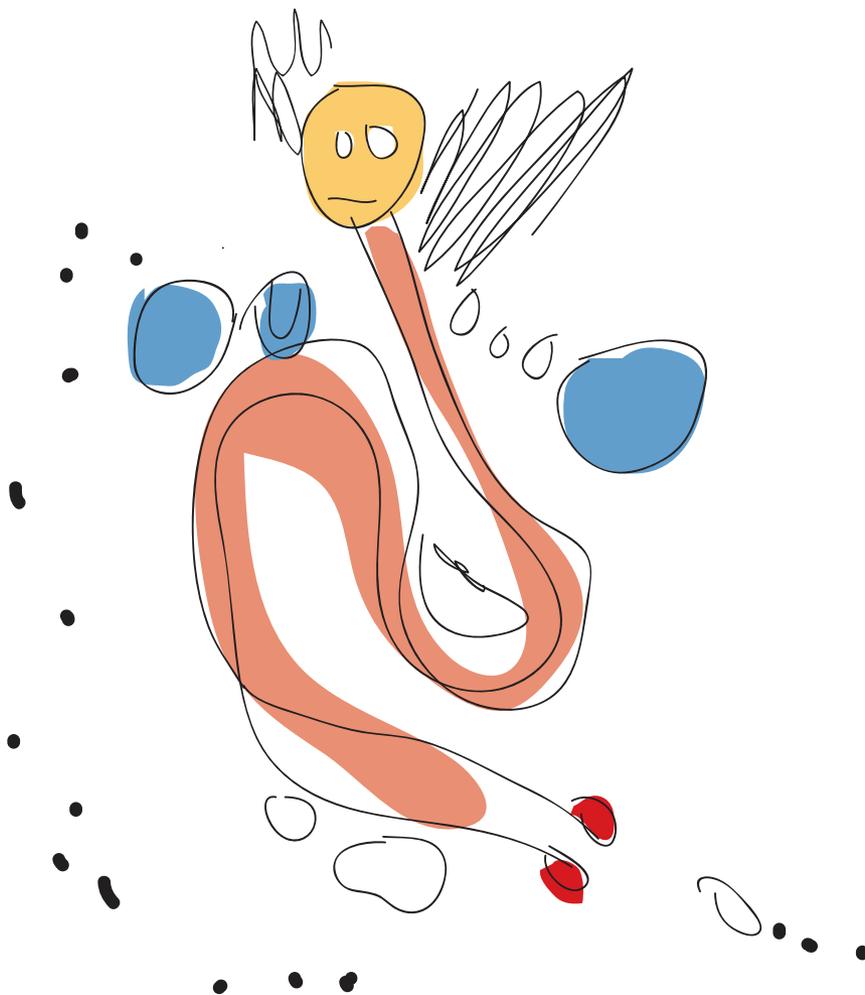
### ***4. Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado***

- 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-las 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.



## Texto 2 – Mensagens magnéticas

(Textos dos cartazes da dinâmica de acolhimento, 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.

## Texto 3 – 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?

## Texto 4 – Informações e preferências no parto

Baseado em: Basile e cols, 2007

Nome da gestante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Paridade: \_\_\_\_\_ Patologias: \_\_\_\_\_

### Preenchimento roteiro:

Pré-natal de alto risco: \_\_\_\_\_

Internação clínica obstétrica patológica: \_\_\_\_\_

Você já escolheu o nome do bebê?

Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Deseja registrar o parto com fotos?

Sim  Não (trazer máquina fotográfica)

Deseja música durante o parto normal?

Sim  Não

Você sabe da importância em alimentar-se durante o trabalho de parto?

Sim  Não

Você tem conhecimento de que você pode, para aliviar as contrações:

Sim  Não - andar durante o trabalho de parto?

Sim  Não - mudar de posição durante o trabalho de parto e parto?

Sim  Não - experimentar o banho de chuveiro ou de banheira?

Sim  Não - receber massagens durante o trabalho de parto?

Você gostaria de ser orientada sobre a respiração durante as contrações?

Sim  Não

Você sabia que a episiotomia (pequeno corte vaginal) somente é realizada com indicação?

Sim  Não

Você gostaria de saber os benefícios das diferentes posições no parto?

Sim  Não

Como você imagina seu bebê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quem você escolheria para ser seu acompanhante e o que você gostaria que ele(a) fizesse para ajudá-la? E para ajudar seu bebê?

---

---

Você sabe que seu bebê poderá ser encaminhado com você logo após o nascimento ao Alojamento Conjunto ou à Unidade Neonatal?

Sim  Não

Você sabia que seu bebê, ao nascer, poderá precisar de ajuda para chorar, respirar, aquecer-se, alimentar-se e ajuda de medicamentos?

Sim  Não

Como imagina que seu bebê será alimentado nas primeiras horas de vida?

---

---

Você deseja amamentar seu filho na primeira hora de vida?

Sim  Não

Qual a sua preferência pelo tipo de parto?

Normal  Cesariana

Por quê? \_\_\_\_\_

Você achou importante refletir sobre essas informações e sobre suas preferências?

Sim  Não

Você conhece alguém que já teve bebê neste hospital?

Sim  Não

Você deseja que o acompanhante corte o cordão umbilical do bebê?

Sim  Não

Que informações você recebeu sobre nosso serviço?

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura da gestante

\_\_\_\_\_  
Profissional responsável

(nome e carimbo)

## Texto 5 – Partograma

Baseado em: Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.

**Nota:** O partograma humanizado foi uma criação do médico Newton Tomio Miyashita e da enfermeira Anatólia Lopes de Oliveira Basile.

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.



## Texto 6 – Você fala a minha língua?

### Língua dos profissionais da Saúde

Palavra/Expressão	Acho que significa....	Definição dos especialistas
OCITOCINA		
CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL		
ATONIA UTERINA		
DEAMBULAÇÃO		
DISTÓCIA		

### Língua dos profissionais da Educação

Palavra/Expressão	Acho que significa....	Definição dos especialistas
PPP		
CONSTRUTIVISMO		
MOVIMENTO DA ESCOLA NOVA		
PARLENDIA		
LDB		

### Língua dos profissionais da Assistência Social

Palavra/Expressão	Acho que significa....	Definição dos especialistas
PATRIMÔNIO		
LOAS		
CONTROLE SOCIAL		
CEAS		
REDES SOCIAIS		

## Você fala a minha língua?

### Definição das palavras/expressões

#### Língua dos profissionais da Saúde

Palavra/Expressão	Definição dos especialistas
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 provocar sensação de bem-estar. Por suas ações importantes para o funcionamento hormonal do organismo e no sistema nervoso central, têm-se cada vez mais reconhecido seu papel na modulação do comportamento, como afetivo, sexual e social. Muitos conhecimentos foram adquiridos a partir dos estudos da professora de fisiologia e farmácia Kerstin U. Moberg e incluídos na obra <i>Ocitocina: o hormônio do amor, da saúde e do bem-estar</i> . 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. Ver <a href="http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf">http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf</a>
ATONIA UTERINA	A atonia uterina corresponde a uma condição na qual o útero, logo após o parto, não consegue efetivar de maneira satisfatória a 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. Ver <a href="http://enfermeirogiunco.blogspot.com.br/2010/01/auxilio-deambulacao.html">http://enfermeirogiunco.blogspot.com.br/2010/01/auxilio-deambulacao.html</a>
DISTÓCIA	Anormalidade na evolução do trabalho de parto (do grego <i>dis</i> = dificuldade e <i>tokos</i> = parto), pode estar relacionada a alterações em qualquer um dos elementos do parto: o trajeto (canal de parto), a força (contrações) ou do 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, 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

Palavra/Expressão	Definição dos especialistas
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. Ver <a href="http://gestaoescolar.abril.com.br/aprendizagem/projeto-politico-pedagogico-ppp-pratica-610995.shtml">http://gestaoescolar.abril.com.br/aprendizagem/projeto-politico-pedagogico-ppp-pratica-610995.shtml</a>
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. Ver <a href="http://www.pedagogia.com.br/conteudos/construtivista.php">http://www.pedagogia.com.br/conteudos/construtivista.php</a>
MOVIMENTO DA 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. Ver <a href="http://www.escolanova.com.br/ed_inf/metodologia.asp">http://www.escolanova.com.br/ed_inf/metodologia.asp</a>
PARLENDA	As parlendas são versinhos com temática infantil, recitados em brincadeiras de crianças. São usadas por adultos também para embalar, entreter e distrair as crianças. Possuem rima fácil e, por isso, são populares entre os pequenos. Ver <a href="http://www.suapesquisa.com/folclorebrasileiro/parlendas.htm">http://www.suapesquisa.com/folclorebrasileiro/parlendas.htm</a>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ver <a href="http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf">http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf</a>

## Língua dos profissionais da Assistência Social

Palavra/Expressão	Definição dos especialistas
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 – Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Ver <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm</a>
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. Ver <a href="http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/controlesocial">http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/controlesocial</a>
CEAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social. 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 locus 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. <a href="http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-institucional">http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-institucional</a>
REDES SOCIAIS	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 determinada rede. Da rede social a pessoa e/ou família recebem sustento emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando-se possível o desenvolvimento de relações sociais. A diversidade das redes depende de como elas foram originadas e dos bens que nelas circulam (reciprocidade, dinheiro, direito). (Ver Caderno 1 – Redes de apoio)

## Texto 7 – Folha Tarefa para os profissionais de Educação e Assistência Social, participantes das apresentações dos profissionais de Saúde

Tema: \_\_\_\_\_

Apresentadores: \_\_\_\_\_

<b>1. Pontos importantes:</b>	
<b>2. Ideias que eu “comprei”:</b>	
<b>3. Perguntas que ficaram no ar:</b>	
<b>4. Vale a pena disseminar junto às gestantes e famílias grávidas:</b>	

## VÍDEOS

### *Formação em humanização do parto e nascimento*

Entrevista com Dr. Francisco Lázaro Pereira de Sousa

Duração: 13'14"

Ano: 2014

Realização: FMCSV

### *O renascimento do parto (filme promocional)*

Documentário retratando a realidade obstétrica mundial e, sobretudo, brasileira.

Duração: 8'07"

Ano: 2013

Direção: Érica de Paula e Eduardo Chauvet

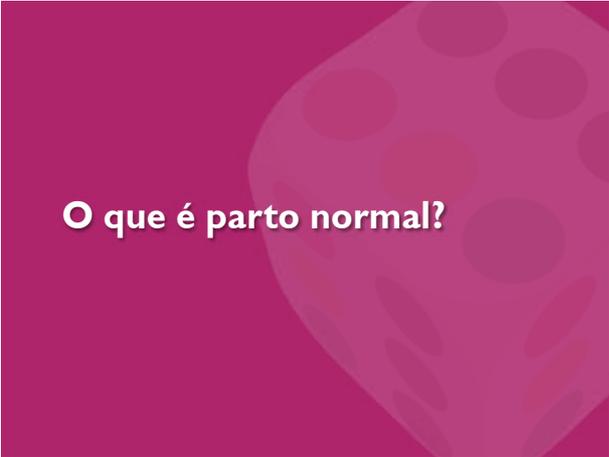
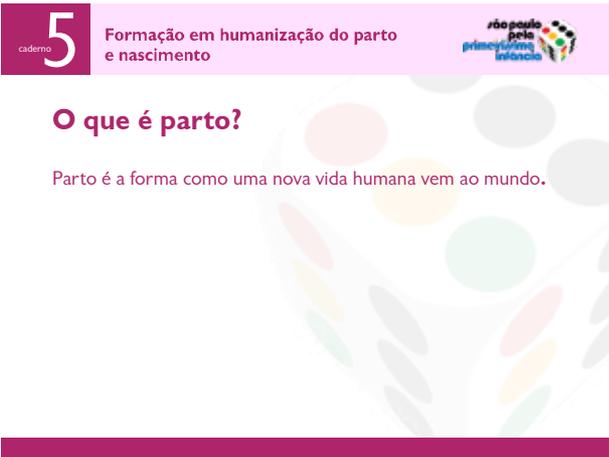
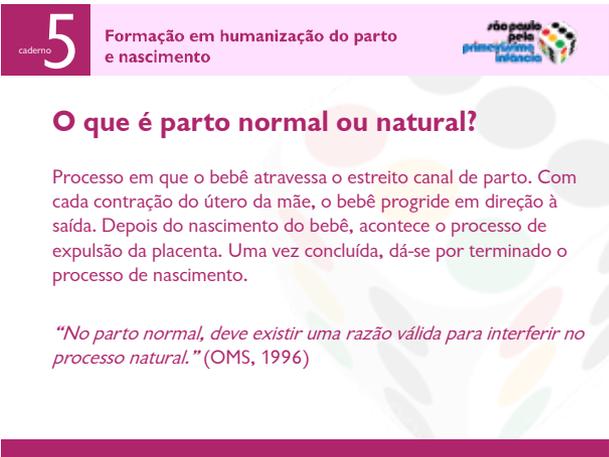
Realização: Masterbrasil Filmes; HTRON

[www.orenascimentodoparto.com.br](http://www.orenascimentodoparto.com.br)

# POWERPOINTS

## PPT 1 – O que é parto normal?

Textos dos slides	Sugestões
	1
	2

Textos dos slides	Sugestões
 <p>O que é parto normal?</p>	<p>3</p>
 <p>5 Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>O que é parto?</b></p> <p>Parto é a forma como uma nova vida humana vem ao mundo.</p>	<p>4</p> <p>O formador adverte que para os profissionais de Saúde algumas das informações nessa apresentação podem ser elementares. Neste caso, ele deve selecionar os slides que despertem interesse de seu público.</p>
 <p>5 Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>O que é parto normal ou natural?</b></p> <p>Processo em que o bebê atravessa o estreito canal de parto. Com cada contração do útero da mãe, o bebê progride em direção à saída. Depois do nascimento do bebê, acontece o processo de expulsão da placenta. Uma vez concluída, dá-se por terminado o processo de nascimento.</p> <p><i>"No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural." (OMS, 1996)</i></p>	<p>5</p>

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="185 262 798 338"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="234 365 452 399"> <h3>O que é cesárea?</h3> </div> <div data-bbox="234 428 779 575"> <p>É uma operação que pode ser programada com antecedência ou acontecer em resposta a uma necessidade médica identificada ao longo da gravidez ou durante o processo de parto. Acontece em um ambiente hospitalar. O bebê é retirado pelo obstetra através de uma incisão no abdome da mãe. Assim como no parto natural, é preciso esperar a expulsão da placenta para concluir esse processo.</p> </div>	<p>6</p>
<div data-bbox="185 765 798 841"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="234 948 744 1018"> <p><i>“O treinamento em aconselhamento e a capacidade de comunicação interprofissional são cruciais para todas as pessoas que prestam assistência a gestantes.” (Kwast, 1995)</i></p> </div>	<p>7</p>
<div data-bbox="185 1268 798 1344"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="234 1363 694 1433"> <h3>O que é assistência à saúde baseada em evidências?</h3> </div> <div data-bbox="234 1452 774 1523"> <p>Uma abordagem de assistência à saúde na qual quem toma decisões está ciente da evidência que apoia a sua conduta e a força daquela evidência.</p> </div>	<p>8</p>

## Textos dos slides

## Sugestões

5  
caderno

### Formação em humanização do parto e nascimento



- Sem experiência clínica, a prática corre o risco de se tornar tiranizada pela evidência externa;
- Sem a melhor evidência externa, a prática clínica corre o risco de, rapidamente, se tornar desatualizada.

(Sackett, 1997)

9

5  
caderno

### Formação em humanização do parto e nascimento



*“Imagina-te como uma parteira. Acompanhas o nascimento de alguém sem exibição ou espalhafato. Tua tarefa é facilitar o que está acontecendo. Se deves assumir o comando, faze-o de tal modo que auxilie a mãe e deixes que ela continue livre e responsável. Quando nascer a criança, a mãe dirá com razão: nós duas conseguimos realizar este trabalho.” (Lao Tsé, sec. V a.C)*

10

5  
caderno

### Formação em humanização do parto e nascimento



#### Acolhida

Ao fazer a ficha...

- Manter a privacidade
- Tratar a gestante pelo nome
- Explicar os procedimentos e solicitar concordância
- Evitar jargões
- Evitar conversas paralelas
- Evitar deixar a gestante sozinha

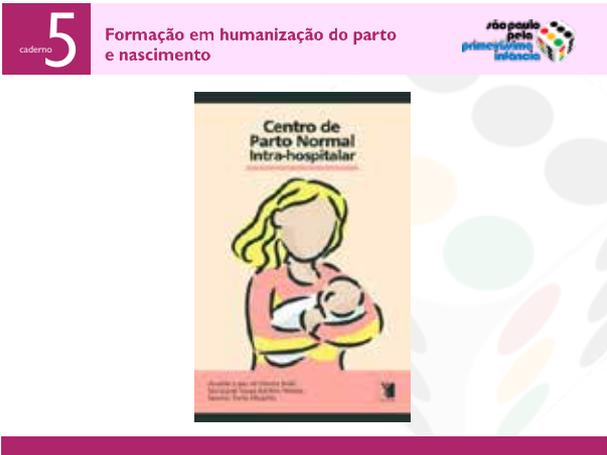
11

Textos dos slides	Sugestões
<p data-bbox="204 236 278 300"><b>5</b> caderno</p> <p data-bbox="293 249 587 291">Formação em humanização do parto e nascimento</p>  <p data-bbox="241 331 575 363"><b>O papel do acompanhante</b></p> <ul data-bbox="241 392 609 529" style="list-style-type: none"> <li>• ser escolhido pela gestante</li> <li>• estar inserido no contexto</li> <li>• procurar incentivar o processo do parto</li> <li>• lembrar que não é visita</li> <li>• fazer um revezamento com outras pessoas</li> </ul>	<p data-bbox="842 445 869 472">12</p>
<p data-bbox="204 734 278 799"><b>5</b> caderno</p> <p data-bbox="293 748 587 790">Formação em humanização do parto e nascimento</p>  <p data-bbox="241 921 713 1024">Permitir que a mulher “tire a máscara”, liberando a parturiente que comanda o processo.</p>	<p data-bbox="842 948 869 974">13</p>
<p data-bbox="204 1233 278 1298"><b>5</b> caderno</p> <p data-bbox="293 1247 587 1289">Formação em humanização do parto e nascimento</p>  <p data-bbox="256 1382 684 1458">Os riscos se modificam ao longo da gestação.</p> <p data-bbox="256 1496 632 1572">O compromisso da gestante é fundamental!</p>	<p data-bbox="842 1450 869 1477">14</p>

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="152 230 241 300"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="253 249 550 293"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="609 243 728 293">  </div> <div data-bbox="215 367 535 407"> <p>Equipe multiprofissional</p> </div> <div data-bbox="215 456 445 496"> <p>Definir os papéis</p> </div> <div data-bbox="215 546 463 586"> <p>Todos têm papéis!</p> </div>	<p>15</p>

# PPT 2 – Centros de Parto Normal

Por Francisco Lázaro Pereira de Sousa.

Textos dos slides	Sugestões
 <p>Slide 1: Centros de Parto Normal</p>	1
 <p>Slide 2: Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p>5 caderno</p> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p>rio paulo pelo primeiro parto</p> <p>Centro de Parto Normal Intra-hospitalar</p> <p>Qualidade de vida em maternidade Brasil Instituto de Saúde e Estudos Avançados Londrina - Paraná - Brasil</p>	2

## Textos dos slides

## Sugestões

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### O Manual

Temas importantes para a prática em Centro de Parto Normal (CPN).

3

O formador comenta que o manual destina-se a instituições e profissionais de Saúde que almejam treinamento para trabalho em equipe na assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e nascimento. E ressalta que foi desenvolvido por um médico obstetra, uma enfermeira obstetra e uma médica pediatra neonatologista que trabalham com suas equipes de forma integrada em Centro de Parto Normal.

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### O Manual

Objetivo: ser instrumento para multiplicadores da assistência humanizada ao parto/nascimento

Conteúdo: Segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde

4

O formador adverte que o curso apresentado no manual pretende transmitir uma base de conhecimentos e experiências necessários para introduzir mudanças duradouras na prática assistencial, de acordo com as recomendações da OMS para uso de tecnologia apropriada no parto e nascimento.

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Dez passos para o sucesso do parto e nascimento em CPNs

1 . Garantir a presença de normas escritas

5

O formador comenta a importância de se ter normas escritas sobre humanização da assistência, com as funções definidas dos profissionais envolvidos com a mulher durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

Textos dos slides	Sugestões
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>2. Assegurar o treinamento dos profissionais em serviço para capacitação em ações humanizadas</p>	<p>6</p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>3. Estimular a presença do acompanhante escolhido pela mulher</p>	<p>7</p> <p>O formador lembra que o acompanhante deve ser preparado, recebendo informações a respeito da importância do trabalho de parto ativo, para a mãe e seu filho.</p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>4. Garantir a presença de equipe multiprofissional, com perfil de atuação interdisciplinar</p>	<p>8</p>

## Textos dos slides

## Sugestões

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



Passos para o sucesso do parto

5. Profissionais em ação:

- Médico obstetra
- Enfermeiro obstetra
- Médico pediatra/neonatalogista

9

O formador relembra o papel de cada um:

**Médico obstetra:** profissional de apoio e responsável pelos partos distócicos.

**Enfermeiro obstetra:** profissional responsável pelos trabalhos de parto e partos normais sem distócias.

**Médico pediatra/neonatalogista:** responsável pela recepção e, se necessário, reanimação do recém-nascido.

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



Passos para o sucesso do parto

6. Oferecer segurança à parturiente

10

O formador ressalta que essa segurança é oferecida quando a tecnologia adequada à assistência é disponibilizada e as necessidades emocionais da mãe, acompanhante/família são atendidas no momento do parto e nascimento.

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



Passos para o sucesso do parto

7. Promover um ambiente agradável

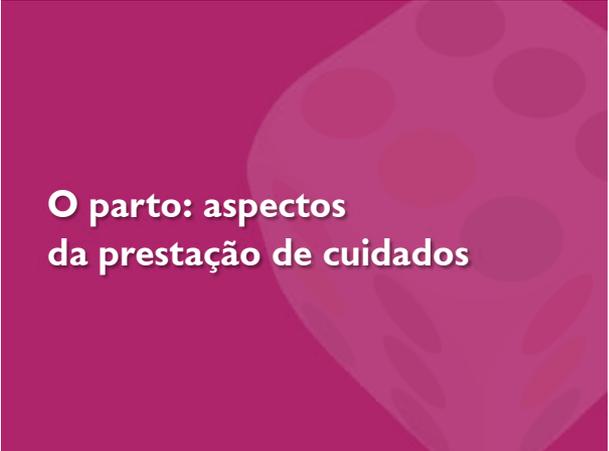
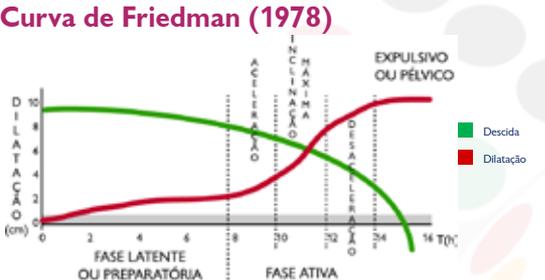
11

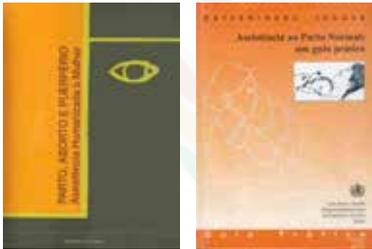
O formador enfatiza que o ambiente deve ser amigável e com garantia de privacidade.

Textos dos slides	Sugestões
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>8. Favorecer a flexibilidade de horário para a visita</p>	<p>12</p> <p>O formador adverte que é importante respeitar esse direito da gestante, de receber a visita do pai, familiares e filhos menores. Isto promove o estabelecimento de vínculos positivos entre a mãe, o bebê, e os demais membros da família.</p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>9. Seguir as normas recomendadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança</p>	<p>13</p> <p>Para saber mais sobre as recomendações do Hospital Amigo da Criança, propõe-se acessar o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. <a href="http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf">http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf</a></p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Passos para o sucesso do parto</b></p> <p>10. Seguir as recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde)</p>	<p>14</p> <p>O formador comenta as classificações de práticas no parto e nascimento: as práticas que devem ser estimuladas, as que devem ser eliminadas, as que devem ser utilizadas com cautela e as práticas que devem ser revistas por utilização inadequada.</p>

# PPT 3 – O parto: aspectos da prestação de cuidados

Por Francisco Lázaro Pereira de Sousa.

Textos dos slides	Sugestões
 <p>O parto: aspectos da prestação de cuidados</p>	1
<p><b>5</b> caderno Formação em humanização do parto e nascimento </p> <p><b>Curva de Friedman (1978)</b></p>  <p>10 8 6 4 2 0 DILATAÇÃO (cm)</p> <p>0 2 4 6 8 10 12 14 16 T(h)</p> <p>FASE LATENTE OU PREPARATÓRIA FASE ATIVA</p> <p>ACELERAÇÃO INICIAÇÃO EXPULSIVO OU PÉLVICO</p> <p>■ Desida ■ Dilatação</p> <p>A mesma mulher é uma parturiente com solicitações diferentes de acordo com a fase do trabalho de parto</p>	2

Textos dos slides	Sugestões
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>A família é o foco</b></p> 	<p>3</p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Assistência humanizada ao parto</b></p> <p>Bases técnicas</p> 	<p>4</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p><b>Centro de parto normal</b></p> <p>Ponto chave: A colaboração entre médicos e enfermeiras. Flamm, BL et al, 1986.</p> <p>Satisfação da paciente</p> <p>Menor intervenção</p> <p>Mortalidade perinatal? { Monitorização fetal Equipe multidisciplinar</p> <p><small>Rooks, 1989 / Flint et al, 1989; Mac Vicar et al, 1993; Waldenström e Nilsson, 1993; Hundley, et al, 1994; Rowley et al, 1995; Waldenström et al, 1996.</small></p>	<p>5</p>

## Textos dos slides

## Sugestões

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



6

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal (OMS, 1996)

### Condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

- Plano determinando onde e por quem o parto será realizado
  - Mulher, juntamente com seu marido e/ou família
- Cuidados pré-natais
  - Estendendo-se ao parto
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento
- Oferecimento de Líquidos VO durante o trabalho de parto

7

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal (OMS, 1996)

### Condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas



- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem

8

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="189 230 798 300"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="243 316 694 337"> <p>Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal (OMS, 1996)</p> </div> <div data-bbox="240 337 724 394"> <p><b>Condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas</b></p> </div> <div data-bbox="237 415 764 620"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeitar a escolha da mãe quanto ao local do parto</li> <li>• Uso do partograma</li> <li>• Métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto</li> <li>• Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente</li> <li>• Assistência obstétrica no nível mais periférico <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto viável e seguro</li> <li>- Mulher segura e confiante</li> </ul> </li> </ul> </div>	<p>9</p>
<div data-bbox="189 725 798 795"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="240 820 550 852"> <p><b>Evitar admissão precoce</b></p> </div> <div data-bbox="240 872 624 948"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissão na fase ativa do trabalho de parto.</li> <li>• Contrações regulares e dolorosas (&gt;2/10')</li> <li>• Dilatação cervical (&gt;3-4 cm)</li> </ul> </div> <div data-bbox="240 955 773 999"> <p><b>Conclusão:</b> Reduz o uso de ocitócitos intraparto e reduz o desejo de analgesia.</p> </div> <div data-bbox="240 1009 773 1054"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxas de cesariana semelhante apesar de uma ligeira queda não significativa (30%) para o grupo de admissão tardia.</li> </ul> </div> <div data-bbox="323 1068 695 1092"> <p><b>Recomendação: B    Qualidade: Adequada</b></p> </div> <div data-bbox="234 1111 780 1153"> <p><b>B = Rotina para pacientes elegíveis</b></p> </div>	<p>10</p>
<div data-bbox="189 1226 798 1296"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="237 1327 733 1361"> <p><b>Opções alternativas de controle da dor</b></p> </div> <div data-bbox="237 1372 421 1603">  </div> <div data-bbox="436 1372 676 1566"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte físico e emocional</li> <li>• Banhos quentes</li> <li>• Mudanças de posições</li> <li>• Massagem (por exemplo, pelo acompanhante)</li> <li>• Analgesia parenteral</li> <li>• Anestesia peridural</li> </ul> </div> <div data-bbox="649 1525 780 1643"> <p><b>Categoria C</b></p> </div>	<p>11</p>

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="152 230 238 300"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="253 249 550 291"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="609 243 724 291">  </div> <div data-bbox="201 329 609 363"> <h3>Uso da tricotomia vulvoperineal</h3> </div> <div data-bbox="201 382 709 500"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está associada a semelhante morbidade materna febril, infecção ferida e infecção neonatal (estudos randomizados com 997 mulheres)</li> <li>• O potencial para complicações (vermelhidão, múltiplos arranhões superficiais, ardor e prurido da vulva)</li> </ul> </div> <div data-bbox="201 515 669 559"> <p><b>Conclusões:</b> Esse procedimento é desnecessário e pode levar a complicações.</p> </div> <div data-bbox="317 563 627 588"> <p><b>Recomendação: D</b>   <b>Qualidade: Boa</b></p> </div> <div data-bbox="197 611 739 654"> <p><b>D = Recomendação contra a intervenção</b></p> </div>	<p>12</p>
<div data-bbox="152 725 238 795"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="253 744 550 786"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="609 738 724 786">  </div> <div data-bbox="201 814 687 849"> <h3>Nutrição e dieta no trabalho de parto</h3> </div> <div data-bbox="201 868 709 1085"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existem ensaios para avaliar a ingestão de alimentos sólidos. Risco de morte por aspiração = 7/10 milhões de partos (Singata M &amp; Tranmer J, 2003)</li> <li>• Retardo do esvaziamento gástrico (4-6h). Nos Países Baixos, mulheres em trabalho de parto são autorizadas a comer e beber</li> <li>• Assim a atual orientação é baseada principalmente no parecer especializado. Uso de gelo para umedecer a boca e ingestão de líquidos claros são os únicos recomendados pela Sociedade Americana de Anestesiologia</li> </ul> </div> <div data-bbox="197 1108 739 1151"> <p><b>C = Sem recomendação a favor ou contra a intervenção</b></p> </div>	<p>13</p>
<div data-bbox="152 1220 238 1290"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="253 1239 550 1281"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="609 1233 724 1281">  </div> <div data-bbox="201 1319 684 1353"> <h3>Deambulação durante o trabalho de parto</h3> </div> <div data-bbox="201 1372 713 1441"> <p>Estudo com 1.067 mulheres mostrou resultados similares entre uma política de restrição de deambulação comparada com uma política de livre deambulação</p> </div> <div data-bbox="201 1467 731 1536"> <p><b>Conclusão:</b> Sobre o base desta evidência, às mulheres deve ser permitido escolher livremente quanto à possibilidade de caminhar durante o trabalho de parto.</p> </div> <div data-bbox="317 1563 627 1587"> <p><b>Recomendação: C</b>   <b>Qualidade: Boa</b></p> </div> <div data-bbox="197 1610 739 1654"> <p><b>C = Sem recomendação a favor ou contra a intervenção</b></p> </div>	<p>14</p>

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="189 230 798 300"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="238 331 644 363"> <h3>Massagens no trabalho de parto</h3> </div> <div data-bbox="238 378 727 455"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estão associadas com diminuição subjetiva da dor durante o trabalho de parto</li> <li>• Maior satisfação da mulher</li> </ul> </div> <div data-bbox="238 464 782 515"> <p>O aspecto subjetivo é valorizado por muitas mulheres</p> </div> <div data-bbox="238 519 737 542"> <p><b>Conclusão:</b> Provas insuficientes para recomendação universal.</p> </div> <div data-bbox="332 561 687 586"> <p><b>Recomendação: I</b> <b>Qualidade: Adequada</b></p> </div> <div data-bbox="234 611 779 653"> <p><b>I = Evidência é insuficiente</b></p> </div>	<p>15</p>
<div data-bbox="189 727 798 797"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="238 828 584 860"> <h3>Treinamento e capacitação</h3> </div> <div data-bbox="238 877 736 974"> <p>O treinamento e a capacitação da equipe de assistência ao nascimento estão associados com uma diminuição de 26% da mortalidade materna e 31% da mortalidade perinatal (Estudo Paquistânês com 20.557 mulheres).</p> </div> <div data-bbox="238 980 733 1052"> <p><b>Conclusão:</b> Caracteriza-se como sendo a mais promissora de todas as intervenções testadas até agora, com a finalidade de redução da mortalidade materna e perinatal.</p> </div> <div data-bbox="353 1070 667 1092"> <p><b>Recomendação: A</b> <b>Qualidade: Boa</b></p> </div> <div data-bbox="234 1110 779 1151"> <p><b>A = Fortemente recomendada</b></p> </div>	<p>16</p>
<div data-bbox="189 1224 798 1294"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="238 1325 555 1357"> <h3>Parto na posição vertical</h3> </div> <div data-bbox="238 1374 770 1553"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta posição está associada com menor taxa de anestesia peridural, intervalo mais curto para o parto, menos dor, menor incidência de sofrimento fetal e de parto vaginal operatório</li> <li>• Observam-se maiores taxas de perda de sangue, 500 ml</li> <li>• As posições estudadas: Cadeira de parto, semissentada, ajoelhada, cócoras, cócoras com apoio e semissentada com apoio em almofadas (20 estudos com 6.135 mulheres)</li> </ul> </div> <div data-bbox="347 1568 663 1593"> <p><b>Recomendação: A</b> <b>Qualidade: Boa</b></p> </div> <div data-bbox="234 1610 779 1652"> <p><b>A = Fortemente recomendada</b></p> </div>	<p>17</p>

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Manobra de Kristeller

- A pressão aplicada no fundo uterino manualmente para ajudar no parto vaginal nunca foi avaliada em estudo. Pode ser realizada com o braço ou através de uma cinta inflável
- Estudo com 500 mulheres, comparando a pressão no fundo uterino com ou sem cinta, mostrou resultados semelhantes na taxa de parto espontâneo

Recomendação: **D** Qualidade: Boa

**D = Recomendação contra a intervenção**

18

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Episiotomia de rotina

**Conclusão:** A episiotomia deverá ser evitada sempre que possível, mas, se usada, é desconhecida que técnica fornece o melhor resultado (Médio-lateral ou mediana)

Recomendação: **D** Qualidade: Boa

**A episiotomia deve ser restritiva e não proibitiva!!!**

**D = Recomendação contra a intervenção**

19

5

caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### A cesárea

- Procedimento médico-cirúrgico que mais salvou vidas na raça humana
- Cirurgia de resgate no parto obstruído ou no estado fetal intranquilizador
- Indicações precisas que devem ser respeitadas
- Antibioticoprofilaxia em todos os casos
- Técnica de Joel-Cohen

**Evidência A**

**A cesárea é um parto com todo o seu contexto familiar e não apenas uma cirurgia**

20

# PPT 4 – O parto: aspectos puerperais

Por Francisco Lázaro Pereira de Sousa.

Textos dos slides	Sugestões
	1
Slide 2 content: <p>5 Formação em humanização do parto e nascimento</p> <p>rão paulo pela primeira infância infância</p> <p><b>Puerpério</b> Ciclo gravídico puerperal (Fernando de Magalhães)</p> <p>  </p> <p>Evolução      Resolução      Involução</p>	2

## Textos dos slides

## Sugestões

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Puerpério fisiológico ou anormal?



3

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### E o psíquico, como está?



4

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



“É pena que as coisas boas que já existiam tenham que ser esquecidas e mais tarde começam como se fossem novas.” (Edith Jackson, 1965)

5

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="189 230 798 300"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p>  </div> <div data-bbox="238 329 510 363"> <h3>Alojamento conjunto</h3> </div> <div data-bbox="238 386 724 614"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O alojamento conjunto é o local destinado à permanência do recém-nascido de baixo risco junto à sua mãe e onde se estendem os cuidados iniciados no CPN ao binômio mãe-filho</li> <li>• As instituições se fortaleceram no que diz respeito ao cuidado do recém-nascido. Com o crescente avanço da tecnologia, o afastamento entre mães e filhos foi se estendendo até os binômios considerados saudáveis</li> </ul> </div>	<p>6</p>
<div data-bbox="189 731 798 801"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p>  </div> <div data-bbox="241 830 589 864"> <h3>Presença e atenção da mãe</h3> </div> <div data-bbox="238 894 520 982"> <h3>Sucção direta do seio materno</h3> </div>	<p>7</p>
<div data-bbox="189 1231 798 1302"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento</p>  </div> <div data-bbox="238 1330 510 1365"> <h3>Alojamento conjunto</h3> </div> <div data-bbox="238 1388 504 1637"> <p><b>Banho “humanizado”</b> Os manejos do banho devem proporcionar um momento de interação entre o adulto e a criança, portanto deve ser prazeroso, lembrando o ambiente líquido e quente do útero materno. Para evitar a insegurança e o estresse no recém-nascido, deve-se oferecer movimentos lentos, delicados e firmes.</p> </div> <div data-bbox="510 1388 788 1631">  </div>	<p>8</p>

## Textos dos slides

## Sugestões

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Contato pele a pele precoce



#### Contato pele a pele precoce (mãe-RN)

- Aumento do aleitamento materno
- Maior vinculação afetiva mãe-RN
- Sem efeitos colaterais (Anderson GC et al, 2004)

#### Após o clampeamento do cordão umbilical:

- 1 - Gestação a termo?
- 2 - Ausência de mecônio?
- 3 - Respirando ou chorando?
- 4 - Tônus bom?

**Recomendação: A = Fortemente recomendada**

9

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Artigo: Início tardio da amamentação aumenta o risco de mortalidade neonatal



10

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Exame físico das mamas

Demonstrar compreensão para a saída do colostro (3º mês)

Óleos, cremes, absorventes, sabonetes

Tamanho ≠ Produção

11

Textos dos slides	Sugestões
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> <p><b>Aleitamento imediato</b></p> <p>Liberação de ocitocina  ↓                      ↓  Dequitação    Miotamponamento</p> <p>Menos risco de hemorragia pós-parto</p>	12
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> <p><b>Aleitamento imediato</b></p> <p>Episiotomia seletiva</p> <p>“Aproximar o pai da cena”</p>  <p>Colocar RN sobre o ventre da mãe e mantê-lo o maior tempo possível</p>	13
<p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> <p><b>Aleitamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações e cuidados com mamas e mamilos</li> <li>• Corrigir técnica</li> <li>• Intervir sem prejudicar a amamentação</li> </ul>	14

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="152 230 758 300"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="204 329 368 357"> <p><b>Aleitamento</b></p> </div> <div data-bbox="200 416 724 487"> <p>Treino coletivo mãe, família e equipe</p> </div> <div data-bbox="200 515 724 573"> <p>Observar a mamada</p> </div>	<p>15</p>
<div data-bbox="152 731 758 801"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="204 830 335 858"> <p><b>Puerpério</b></p> </div> <div data-bbox="204 906 483 1001"> <p>Marcar consulta de anticoncepção</p> </div>	<p>16</p>
<div data-bbox="152 1231 758 1302"> <p><b>5</b> Formação em humanização do parto e nascimento </p> </div> <div data-bbox="204 1315 629 1344"> <p><b>Possíveis indicadores: bases legais</b></p> </div> <div data-bbox="204 1382 709 1620"> <p>Entende-se por humanização da atenção e gestão à saúde a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão à saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.</p> </div>	<p>17</p>

Textos dos slides	Sugestões
<div data-bbox="189 230 278 300"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="293 249 586 291"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="649 243 764 291">  </div> <div data-bbox="244 314 664 348"> <h3>Possíveis indicadores: bases legais</h3> </div> <div data-bbox="244 371 719 434"> <p><b>Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000</b>          Institui o Programa de humanização no pré-natal e nascimento  <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm">http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm</a></p> </div> <div data-bbox="244 458 719 521"> <p><b>Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005</b>          Institui a Política nacional de atenção obstétrica e neonatal  <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm">http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm</a></p> </div> <div data-bbox="244 546 779 628"> <p><b>Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014</b>          Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)  <a href="http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html">http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html</a></p> </div>	<p>18</p>
<div data-bbox="189 727 278 797"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="293 746 586 788"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="649 740 764 788">  </div> <div data-bbox="244 811 664 845"> <h3>Possíveis indicadores: bases legais</h3> </div> <div data-bbox="244 868 779 971"> <p><b>RDC nº 36, de 3 de junho de 2008 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária</b>          Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal  <a href="http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f18c7f80474597439fbbdf3fbc4c6735/RDC+N%C2%B0+36.+DF+3+DF+IUNHO+DF+2008.pdf?MOD=AJPERES">http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f18c7f80474597439fbbdf3fbc4c6735/RDC+N%C2%B0+36.+DF+3+DF+IUNHO+DF+2008.pdf?MOD=AJPERES</a></p> </div> <div data-bbox="244 995 719 1058"> <p><b>Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993 – GM/MS</b>          Aprova normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”  <a href="http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf">http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf</a></p> </div> <div data-bbox="244 1083 719 1146"> <p><b>Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000</b>          Aprova a norma de orientação para a implantação do “Método Canguru”  <a href="http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm">http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm</a></p> </div>	<p>19</p>
<div data-bbox="189 1224 278 1294"> <p>5 caderno</p> </div> <div data-bbox="293 1243 586 1285"> <p>Formação em humanização do parto e nascimento</p> </div> <div data-bbox="649 1237 764 1285">  </div> <div data-bbox="244 1308 664 1342"> <h3>Possíveis indicadores: bases legais</h3> </div> <div data-bbox="244 1365 779 1637"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É de fundamental importância para a segurança e higiene materna e fetal que o profissional que assista ao binômio mãe-bebê tenha respaldo legal para prescrever medicações e solicitar exames laboratoriais e os exames de amostras, necessários na prevenção, evolução e tratamento de emergência em CPN</li> <li>• A prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de Saúde por enfermeiros é regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986</li> </ul> </div>	<p>20</p>

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Artigo: Atendimento ao trabalho de parto e parto baseado em evidência

**REVIEWS** www.cochrane.org

**Evidence-based labor and delivery management**  
 Francesa de Melo, Melissa E. Brown, Jodi L. Dwyer, Deborah Hill

**Abstract**  
**Background** Evidence-based recommendations for labor and delivery management

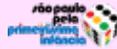
Intervention	Comparison	Quality	Comments
For women at low risk	Yes	Very low to low	
Antenatal planning	Yes	High	
Spontaneous	Yes	Very low	
Induction/augmentation	Yes	Very low to very low quality evidence	
Continuous support	Yes	Very low to low quality evidence	
Support interventions	Yes	Very low to low	
Non-pharmaceutical pain	Yes	Very low quality evidence	
Pharmaceutical pain relief	Yes	Very low quality evidence	
Caesarean section	Yes	Very low quality evidence	
Emergency caesarean	Yes	Very low	

NOVEMBER 2011 *Maternal Journal of Obstetrics & Gynaecology*

21

5  
caderno

Formação em humanização do parto e nascimento



### Possíveis indicadores: Práticas que influenciam as taxas de cesáreas

“Acreditar” em um protocolo baseado em evidências	Equipe treinada para fórcepe e vacuo-extração
Incrementar parto após cesárea	Versão externa na apresentação pélvica
Uso do partograma	Equipe treinada e elementos de conduta para assistência ao parto pélvico
Reduzir interações em falso trabalho de parto	Equipe treinada e elementos de conduta para a assistência ao parto gemelar
Disponibilidade de misoprostol	Conduta ativa apenas após 41 semanas
Habilidade na utilização de sonda cervical	Monitoração de taxas em nulíparas
Ocitocina: “Induções” desnecessárias e/ou tecnicamente inadequadas	Controle efetivo do desconforto no parto e outros...

22

# FICHA DE AVALIAÇÃO

## 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.

---

---

---

---

---

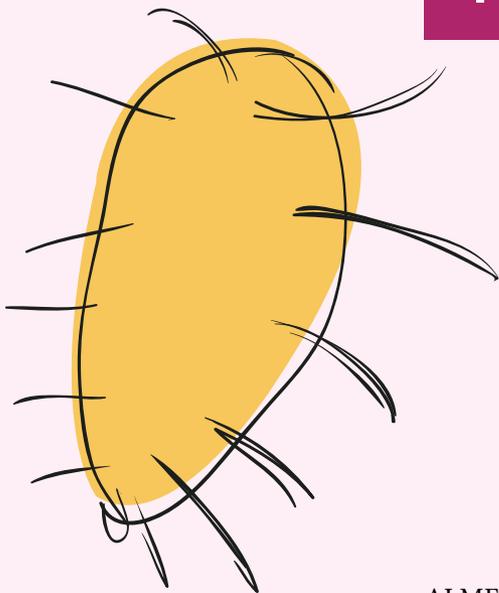
---

---

---

Obrigado pela participação! Sua opinião pode contribuir muito para o aprimoramento de nossas práticas.

## II. 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.M. Centro de parto normal intra-hospitalar. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2007. p. 50-2.
- 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](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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.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](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.qaplweb.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](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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.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, nº 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.
- FESCINA, R.H. A incidência de cesárea nas Américas. *Jornal da Febrasgo*, 1: 7-8, 2000.
- FRANCOME, C.; SAVAGE, W.; CHURCHILL, H.; LEWISON, H. *Caesarean Birth in Britain.* London, Middlesex University Press, 1993.
- 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)
- KWAST, B.E. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995.
- MARINO, E.; PLUCIENNIK, G.A. **Primeiríssima infância da gestação aos 3 anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida.** São Paulo: Fundação Maria Cecília 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. *Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Relatório de um grupo técnico*. Genebra, 1996.
- 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.
- SACKETT, RICHARDSON, ROSENBERG, and HAYMES. Ed. “Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM”. 1st edition, Churchill-Livingstone, New York, 1997.
- SINGATA, M.; TRANMER, J. Restricting oral fluid and food intake during labour (protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 4. (2003) John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- 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](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf). Acesso em: 29/01/2015.



## CRÉDITOS INSTITUCIONAIS

Governo do Estado de São Paulo  
Secretaria de Estado da Saúde  
Coordenadoria da Saúde da Criança  
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

### **Organizadores**

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal  
*Eduardo Marino*  
*Gabriela Aratangy Pluciennik*

### **Colaboradores**

*Andreza Adami*  
*Anna Maria Chiesa*  
*Vanessa Pancheri*

### **Autor**

*Francisco Lázaro Pereira de Sousa*

### **Realização**

Centro de Criação de Imagem Popular (Cecip)  
*Dinah Frotté* – Coordenação geral  
*Claudia Cecon* – Coordenação de projetos  
*Gianne Neves* – Coordenadora de produção  
*Elcimar Oliveira* – Coordenador financeiro  
*Madza Ednir* – Redação e edição final de texto  
*Claudius Cecon e Silvia Fittipaldi* – Projeto gráfico  
*Silvia Fittipaldi* – Arte-final  
*Shirley Martins, Elizabeth Toledo e Hugo Fittipaldi* – Editoração  
*Sonia Cardoso* – Revisão de texto

### **Agradecimento**

Às profissionais de Educação, Assistência Social e Saúde que participaram do Grupo Focal para análise e aperfeiçoamento desta publicação:

*Adriana Gori Leardine – Itatiba/SP*  
*Alessandra Busch Pelicer – Jarinu/SP*  
*Ana Carolina Godoy Oliveira – Itatiba/SP*  
*Carolina Seleguini Person – Jarinu/SP*  
*Flávia de Souza Iembo – Itatiba/SP*  
*Juliana Oliveira da Silva – Cabreúva/SP*  
*Márcia Feros Gallego – Itupeva/SP*  
*Mazelei Aparecida de Souza Tarallo Domingues – Cabreúva/SP*  
*Rita Aparecida Moraes Hollo – Cabreúva/SP*  
*Rosângela Cristina Silva – Jarinu/SP*  
*Teresa Cristina Betelli Piccolo – Itupeva/SP*  
*Vera Lucia Borghi Nascimento Bruder – Itupeva/SP*

### **Desenhos**

Artes da publicação inspiradas nos desenhos das crianças:

*Diego Bastos Rigaud Giusti, 2 anos*  
*João de Oliveira Dias Campos, 3 anos*  
*Pilar de Oliveira Dias Campos, 4 anos*  
*Rhianna Maciel Damiano Teixeira, 3 anos*  
*Rhuan Maciel Ramos, 5 anos*

E dos alunos de 1 a 3 anos da creche Unape Anchieta mantida pela Asia – Santa Marta/Rio de Janeiro

Este material foi elaborado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal a partir da experiência com o Programa Primeiríssima Infância (para saber mais sobre o **Programa Primeiríssima Infância**, acesse o site [www.fmcsv.org.br](http://www.fmcsv.org.br)). A reprodução, impressão, cópia, compartilhamento, transmissão, divulgação e distribuição deste material são permitidos para uso não comercial e sem fins lucrativos, desde que 1) não haja quaisquer alterações, exclusões e/ou adições no conteúdo deste material; 2) sejam preservados todos os direitos autorais inerentes ao conteúdo do material; 3) seja expressamente citado o crédito de autoria do conteúdo, bem como da sua publicação.

### **Sobre a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal** [www.fmcsv.org.br](http://www.fmcsv.org.br)

Estabelecida em 1965, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal tem na promoção integral do Desenvolvimento da Primeira Infância (0 aos 6 anos de idade) seu principal foco de atuação. A entidade mantém diversos projetos de incentivo ao desenvolvimento das crianças nessa faixa etária, como projetos de intervenção social em municípios, incentivo a pesquisas, realização de cursos e *workshops*, elaboração de publicações, entre outras ações para expandir o conhecimento sobre a importância do desenvolvimento na Primeira Infância.

caderno **5** Programa  
São Paulo pela  
Primeiríssima  
Infância

O Caderno 5 – *Formação em humanização do parto e nascimento* é o sétimo de uma série de oito títulos produzidos pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal para o **Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância** como apoio à disseminação de conhecimentos sobre o desenvolvimento integral da criança de 0 a 3 anos, com o objetivo de gerar ações qualificadas e integradas de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e mudar o panorama do atendimento às necessidades e direitos da Primeiríssima Infância.

PARCERIA

