

PRÉ – NATAL HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO ATIVO

Fernanda Ribeiro Rodrigues¹, Jacqueline Sardela Covos¹, José Fernando Covos¹, Barbara Claudino Rodrigues²

O objetivo principal da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início do período gravídico, garantindo-lhe no fim da gestação, o bem-estar materno e neonatal. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e compreende: o parto como um processo natural e fisiológico, respeito aos sentimentos, emoções, necessidades, valores culturais, disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, insegurança e outros temores, promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, espaço e apoio para a presença de um (a) acompanhante que ela deseje, direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com base em estudos teóricos, composto por artigos indexados, de acordo com levantamentos do banco de dados. **Considerações finais:** Observou-se que para a assistência Pré-natal humanizada, com o objetivo de capacitação da mulher no processo de parturição, é indispensável o acolhimento da enfermeira (o) e equipe de enfermagem de forma a criar vínculo e esclarecer dúvidas desde a primeira consulta até o puerpério, usando a educação em saúde como facilitadora de produção de conhecimentos e autonomia para a mulher, tornando a experiência da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério como processo fisiológico, colocando-a como protagonista durante todo o processo.

PALAVRAS- CHAVE: pré-natal, humanização, educação em saúde, preparo para o parto, enfermagem obstétrica, dor do parto, trabalho de parto.

- 1.Especialista Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Sorocaba.
- 2.Enfermeira Obstetra.

DESENVOLVIMENTO

O objetivo principal da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início do período gravídico, garantindo-lhe, no fim da gestação, o bem-estar materno e neonatal (Ministério da Saúde, 2006).

Uma atenção pré-natal humanizada e de qualidade dá-se por meio de incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até o hospitalar para alto risco (Ministério da Saúde, 2006).

O preparo da gestante para o parto normal, dentro de um modelo humanístico, é uma prática quase inexistente nos serviços de atendimento pré-natal, apesar de sua prática ser recomendada e sua importância comprovada por inúmeros trabalhos científicos (Franco et al., 2004).

O condicionamento físico e emocional para o parto e o autocontrole, trabalhados durante a gestação, vão se tornar tão importantes quanto uma atenção médica de qualidade durante o pré-natal (Franco et al., 2004).

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e compreende: o parto como um processo natural e fisiológico, respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais, disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, a insegurança e outros temores, promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, espaço e apoio para a presença de um (a) acompanhante que a parturiente deseje e direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2000).

Muito tem se falado no meio profissional sobre melhor assistência pra se chegar ao parto normal humanizado, usando as evidências científicas para o manejo adequado e fisiológico do parto resgatando o protagonismo da mulher/parturiente (Franco et al., 2004).

O momento oportuno para estimular este processo de troca de informações é durante o encontro de educação pré-natal e nas consultas pré-natais, deve ser feita no despertar do desejo de ser mãe e durante a Assistência Pré-natal (Teixeira et al., 2010).

As atividades educativas (pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim

como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa no parto (Teixeira et al., 2010).

A promoção à saúde no pré-natal ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar (Teixeira et al., 2010).

É importante a realização de pré-natal que forneça as informações que a parturiente deve receber durante o trabalho de parto e parto, pois no momento da internação as orientações dos profissionais de saúde serão recebidas como reforço e não como uma nova informação. Do ponto de vista obstétrico além do conhecimento fisiológico é necessário que a parteira tenha a arte de controlar os aspectos emocionais. Para isso a gestante precisa também aprender sobre seu corpo e as sequências de fenômenos naturais que no momento do parto ocorrerão, para poder receber com confiança e segurança as orientações que irá receber (Sescato et al., 2008; Rezende, 1986).

O objetivo desta pesquisa é estudar a inserção da enfermagem no Pré-Natal na aplicação de métodos de preparo para o parto visando à capacitação da mulher no processo da parturição.

MÉTODO

Trata-se de um estudo, descritivo com base em estudos teóricos, composto por artigos indexados, de acordo com levantamentos do banco de dados. Foi considerado como critérios de inclusão apresentar inter-relação com as palavras-chave escolhidas, disponibilidade na versão completa por meio eletrônico ou impresso e aqueles que ofereciam contribuições para responder ao objetivo do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

Assistência Pré- Natal Humanizada

A atenção neonatal e obstétrica deve ter como características essenciais a humanização e a qualidade. É dever dos profissionais de saúde e serviços acolher com dignidade o recém - nascido e a mulher, focando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (Ministério da Saúde, 2006).

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo garantir o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades preventivas e educativas (Ministério da Saúde, 2006).

Uma atenção pré-natal e puerperal humanizada e qualificada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem desnecessárias intervenções, do acesso fácil aos serviços de saúde com qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde do recém-nascido e da gestante, desde o atendimento básico até o hospitalar para alto risco (Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2012).

Segundo Ministério da Saúde (2012), os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básicas são:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

É fundamental o início precoce do pré-natal para que haja assistência adequada e realização de no mínimo 6 (seis) consultas, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, sendo que até 28ª semana – mensalmente, da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente, da 36ª até a 41ª semana – semanalmente (Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2012).

Segundo Ministério da Saúde (2006;2012), assim que confirmada a gravidez em consulta de enfermagem ou médica, inicia-se o acompanhamento da gestante, e os principais componentes a serem verificados são: DUM (data da última menstruação), cálculo da IG (idades gestacional), cálculo da DPP (data provável do parto), anamnese, onde verifica-se regularidade dos ciclos, uso de anticoncepcionais, paridade, intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas, detalhes de gestações prévias, hospitalizações anteriores, uso de medicações, história prévia de doença sexualmente transmissível, exposição ambiental ou ocupacional de risco, reações alérgicas, história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações, gemelaridade anterior, fatores socioeconômicos, atividade sexual, uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas, história infecciosa prévia, vacinações prévias, história de violências. No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidual, o útero e os anexos.

Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana. Os fatores de risco levantados deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal, o mesmo deve ser identificado e preenchido como o nome completo da gestante, número do SISPRENATAL, número do Cartão do Sus, nome do hospital de referência para o parto ou intercorrências. Devem ser verificados também situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, caso seja necessário (São indispensáveis a solicitação de exames como: tipagem sanguínea/fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I, urocultura, hemoglobina (HB), hematócrito, coombs indireto (se for Rh negativo), teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, glicemia de jejum, teste anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG), ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional, citopatológico de colo de útero (se necessário), exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica), parasitológico de fezes (se houver indicação clínica), eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). As condutas e procedimentos que se seguem devem ser realizadas sistematicamente e avaliadas em toda consulta e os achados e condutas devem ser anotados no cartão da gestante e na ficha perinatal.

Na primeira consulta é momento também da gestante receber todas as orientações necessárias, minimizar a ansiedade do casal, informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas que podem indicar risco, acompanhamento, sequência das consultas, visitas domiciliares, reuniões educativas, instrumentos esses facilitadores de produção de conhecimento e autonomia para a mulher, potencializando de forma positiva as experiências na gestação parto e puerpério e deve ser favorecida através de um trabalho individual e coletivo de escuta e partilha que produzam encontro de ideias, construção de consenso, desenvolvimento de vínculo e esclarecimento de dúvidas, processo esse que oferece a mulher a possibilidade de vivenciar a experiência da gestação, trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista nos mesmos (Costa et al., Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2012).

Enfermeiros nas Práticas Educativas no Pré - Natal

As práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras(os) são um instrumento de suas ações de cuidado que podem transformar a maneira de parir e nascer, compartilha saberes, atitudes, vontades e reconhecer direitos (Costa et al., 2011).

A consulta de enfermagem é uma atividade realizada privativamente por esses profissionais, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (Costa et al., 2011).

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo, sendo estes através de atividades educativas individuais e em grupos (Costa et al., 2011; Progianti; Costa, 2012; Couto, 2006).

A Educação em Saúde é uma prática centrada na população e um processo que contribui para o desenvolvimento e formação da visão crítica das pessoas, a respeito de sua saúde, investigando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva e é uma estratégia valiosa enquanto alicerce da negociação do cuidado humanizado, entendida como uma prática educativa que trabalha junto ao indivíduo a visão crítica e libertadora das condições de vida, almejando estratégias de mudanças em benefício próprio e da comunidade. É o ato de refletir a evidência de um cuidado. Sendo assim partilhar saberes no intuito de promover, prevenir e recuperar a saúde através de ações educativas da base à Educação em Saúde tornando - a uma prática positiva porque é construída junto com a comunidade e não para ela, fomentando e instrumentalizando a percepção dos motivos e soluções para os problemas de saúde de maneira crítica (Progianti; Costa, 2012, Damasceno; Said, 2008).

Estratégias de Preparo para o Parto

Através das atividades educativas durante o pré – natal, as mulheres visam aprender a conhecer seu corpo, as mudanças ocorridas nele durante toda a gestação, durante o trabalho de parto e parto. A busca de informações traz uma alternativa naturalista (Basso; Monticelli, 2010).

O preparo da gestante, e/ou mulher se deve pela construção de um saber próprio acerca do parto. E isso se consegue através da estratégia de grupo utilizando uma metodologia problematizadora. Através do Arco da problematização operacionalizado através de cinco etapas, a 1ª é o levantamento da realidade vivida, o 2º apontar os pontos-chaves, a 3ª instrumentos práticos e teóricos para a resolução dos problemas e o 4º a viabilidade das ações propostas e o 5º exercício grupal de reflexão sobre as ações propostas e a serem vividas no futuro (Basso; Monticelli, 2010).

O fornecimento de informações e orientações durante o pré-natal para diminuir a ansiedade e a insegurança, de maneira a criar atividades em grupo nos programas de preparo para o parto é de suma importância (Basso; Monticelli, 2010).

Quando educadores de parto querem que alunos adultos aprendam, existem algumas regras. Como: atender as necessidades do aluno, incentivar o aluno a assumir responsabilidades, integrar os valores e experiências vivenciadas (Hotelling, 2004).

Segundo Hotelling (2004), existem algumas sugestões para educar e ter confiança no parto normal. 1ª O trabalho começa em você, essa tarefa se trata das mudanças que ocorrem no útero, feto, mãe e membranas nas últimas semanas de gestação, propósito: demonstrar aos futuros pais as mudanças fisiológicas normais que não podem acontecer se o trabalho de parto não começar por si próprio; 2ª Liberdade de movimento durante o trabalho de parto, propósito: utilidade das posições verticais no trabalho de parto e parto; 3ª Suporte contínuo no trabalho de parto, propósito: reforçar o aprendizado sobre suporte físico e emocional contínuo; 4ª Não à intervenções de rotina, “A cascata de efeitos das intervenções obstétricas”, propósito: demonstrar aos futuros pais como uma intervenção aparentemente não-invasiva pode afetar aspectos físicos e emocionais do trabalho e, em última instância, conduzir a um resultado inesperado. Discuta alternativas para essas intervenções. Informe aos pais sobre o consentimento informado e recusa informada. 5ª Posições para o parto não-supinas, propósito: Demonstrar as melhores posições para se parir. 6ª Sem separação da mãe e do bebê com oportunidades ilimitadas para a amamentação, propósito: Demonstrar a importância de mãe e bebê estarem juntos após o nascimento a fim de aumentar a confiança na amamentação.

Quando se faz algum tipo de atividade física na gravidez poderá estar menos propensa a ter dificuldades no trabalho de parto e parto, por isso os profissionais devem estimular as mulheres a serem fisicamente ativas. O exercício físico aumenta as chances de um parto vaginal, e a escolaridade elevada aumenta a adesão para esses exercícios. A utilização de um protocolo e ação multiprofissional pode ser benéfica neste sentido (Davim et al., 2009, Silveira; Segre, 20012).

Parto Ativo

O Parto ativo nada mais é do que o parto ser conduzindo da forma fisiológica e onde os instintos das mulheres são priorizados, onde a mulher reconquista o poder da parturição e o seu preparo diminuirá a probabilidade de intercorrências na gestação, culminando em uma ótima condição física (Balaskas, 2012).

O preparo para o parto ativo vai contra o modelo ocidental de assistência obstétrica, baseada na suposição de que o parto é um evento médico, que deve estar presente a mais alta tecnologia. Resgata a importância de se ter um nascimento espontâneo e tranquilo (Balaskas, 2012).

Tendo atitude ativa a mulher resgata seus instintos e consegue desenvolver uma atitude mental nas diversas fases do parto. Se uma mulher for deixada a sua própria mercê instintivamente ela saberá o que fazer e como se comportar, usando toda sua forma de expressão e movimento para se sentir mais confortável no seu trabalho. O parto ativo é melhor descrevendo as posições verticalizadas sendo as mais ideais para se parir, tendo a seu favor a gravidade que coopera com as contrações uterinas. Quando o útero se contrai ele se projeta para a frente estando na posição vertical essa resistência será menor, minimizando também a dor. Na posição vertical a pressão sobre a cervix uterina é maior na fase de repouso, a circulação placentária determina melhor suprimento de oxigênio para o feto e há menor compressão dos nervos pélvicos e sem dúvidas promove um ângulo conveniente da descida, existe menor pressão sobre as vertebrae do pescoço do bebê enquanto passa pelo arco púbico, favorece a dequitação e diminui a probabilidade de infecção (Balaskas, 2012).

É importante que a gestante conheça a anatomia feminina, e que seja explicado a ela a evolução da gravidez, onde o conhecimento tanto da anatomia e fisiologia, trará capacidade de entender os acontecimentos (Balaskas, 2012).

Incentivar exercícios de Yoga, que mistura exercício físico, respiratório e mental, que pretende através deles alcançar o relaxamento físico e mental para enfrentar os desafios da gravidez e do parto. A respiração, onde a respiração profunda é valorizada e se torna uma fonte concentração, conduzindo a parturiente para o seu centro interior e realçando a presença de outro ser dentro de você. Em conjunto com as outras técnicas a massagem é descrita como de grande valia na gravidez e no parto. Ela pode ser intuitiva ou utilizando técnicas. O toque pode ser profundo ou deslizante com firmeza e pressão, o calor produzido também amenizará a dor (Balaskas, 2012).

O trabalho de parto e parto é dividido em suas fases, explorando os acontecimentos corporais e sentimentos expressos em cada etapa. Capacitando a mulher para entender e valorizar. O entendimento sobre o início do trabalho de parto se dá de forma progressiva e pode começar de diversas formas como a ruptura da membranas ou início das contrações fracas mais que são regulares que se recomenda

continuar com os afazeres e ou até mesmo dormir e descansar para estar preparada para as contrações mais dolorosas (Balaskas, 2012).

Com intensificação das contrações sua atenção será mais exigida e poderão haver mudanças no estado de consciência normal. O parto é uma experiência emocional muito profunda que envolve uma regressão aos sentimentos mais básicos e primitivos, “O útero é o palco das suas mais profundas emoções”. A dica é se render ao processo, se desligar e deixar acontecer e deixar que o corpo tenha o controle (Balaskas, 2012).

Muitas sensações são vistas no trabalho de parto como agonia, êxtase, desespero e debilidade e também determinação, vitalidade, energia e força. Com misto de emoções é natural que as parturientes sintam náuseas, vômitos e diarreia que nada mais é o corpo se livrando das tensões e isto trará um alívio e que pode significar um progresso na dilatação (Balaskas, 2012).

A dor é caracterizada como agudas e não pulsantes ou persistentes e a grande parte dessa dor se dá pelo motivo de se permanecer muito tempo deitada. Outras posições devem ser estimuladas como ficar de pé, ajoelhada, de cócoras ou sentada, para que o corpo produza os hormônios do parto a mulher se sinta segura, relaxada, desinibida e livre. A presença de uma pessoa não desejada pode impedir esta produção (Balaskas, 2012).

Em alguns momentos a mulher precisará de privacidade mas mantendo alguém por perto caso ela precise. No período da dilatação a mudança da consciência acontece, e as necessidades da mulher são pouca luminosidade, para se ter o mínimo de estímulo e um fundo musical pode ser adicionado. Todas estas técnicas são utilizadas para relaxamento, pois se houver ansiedade e medo a dor intensificará e através destes métodos elas se tornam suportáveis e até mesmo agradáveis. “Quando se permanece ativa durante o trabalho de parto, quando o local coopera e quando as pessoas são habilitadas, sensíveis e prestativas, a dor se torna muito mais suportável”, e os benefícios de vivenciar este momento sem a utilização de alguma droga, serão um bebê, atento, saudável e vigoroso e sem nenhum tipo de prejuízo, o que facilitará o primeiro convívio entre mãe e bebê (Balaskas, 2012).

Estratégias não-farmacológicas de alívio da dor

As EADs (Estratégias não farmacológicas de alívio da dor) cada vez mais estão sendo utilizadas no locais de parto, trazendo satisfação à parturiente, alívio da dor e melhor progressão ao trabalho de parto, e com a vantagem de não serem invasivos e não terem efeito farmacológico (Davim et al., 2009).

Entre eles podemos mencionar o banho de chuveiro, que em um estudo realizado em uma maternidade de Natal em 2008, onde a ocitocina foi administrada em 81% das mulheres e apenas 15% não receberam qualquer medicação o uso do chuveiro foi efetivo no alívio da dor, neste a parturiente era convidada e orientada a ficar no banho em temperatura ambiente o quanto desejasse (Davim et al., 2009).

Para realizar a medida da dor foi usada a EAV (Escala analógica digital) que consiste em uma linha de 10 cm onde o indivíduo deve assinalar uma intensidade de dor que corresponda entre as extremidades da linha. Outra estratégia a da respiração, onde é orientado uma respiração lenta e profunda, com o exemplo de se cheirar uma flor na inspiração e apagar uma vela na expiração. No relaxamento muscular a parturiente é orientada a soltar braços e pernas até o momento em que a contração cessasse. Na massagem lombossacral a acompanhante coloca sua mão esquerda espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente e a mão direita espalmada sobre a região lombossacral, com movimentos circulares até a cessação da contração. A respiração, relaxamento e massagem podem ser usada de maneira combinadas e o banho de chuveiro de forma isolada. Outros cuidados podem tem efeito semelhante como estar ao lado, demonstrar interesse, segurar a mão e enxugar a testa que seria a estratégia do suporte contínuo (Davim et al., 2009, Davim et al., 2008).

O enfermeiro e sua especificidade na atenção e preparo para o parto

Segundo a Lei do Exercício profissional (LEI 7.498/86) é assegurado ao enfermeiro:

- 1º) O direito de realizar a consulta de pré-natal de baixo risco, o que oferece a possibilidade de ampliação da cobertura pré-natal de qualidade.
 - 2º) Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente puérpera, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto.
 - 3º) Execução do parto sem distócia.
 - 4º) Educação visando à melhoria de saúde da população.
- Ao titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, cabe ainda:
- 5º) Assistência à parturiente e ao parto normal;
 - 6º) Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
 - 7º) Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Cabe ao enfermeiro auxiliar as gestantes principalmente as primigestas que sofrem muita interferência da família com conceitos culturais que não correspondem à realidade do parto, construindo seu próprio saber, e garantindo autonomia nas suas decisões, bem como, reconhecer com segurança as transformações e sensações que a gravidez e o parto trazem. Sendo assim o enfermeiro desenvolve o papel ativo da mulher e fornecer informações sobre a evolução da gestação e parto para que essa saiba o motivo da dor e o que fazer para que essa seja aliviada, para termos um nascimento e parto humanizado através de um pré-natal humanizado (Nakano et al., 2008).

Algumas ações e intervenções podem ser usados pelos enfermeiros em seus locais de trabalho para desenvolver o preparo da gestante durante o pré-natal para chegar no momento do parto, confiante em sua capacidade natural e fisiológica de parir (Nakano et al., 2010).

CONCLUSÃO

Observou-se que para a assistência Pré-natal humanizada, com o objetivo de capacitação da mulher no processo de parturição, é indispensável o acolhimento, preparo técnico e científico da enfermeira (o) e equipe de enfermagem de forma a criar vínculo e esclarecer dúvidas desde a primeira consulta até o puerpério, abordando todos os assuntos que envolvam as alterações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e familiar. Usando a educação em saúde como facilitadora de produção de conhecimentos e autonomia para a mulher, tornando a experiência da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério como processo fisiológico, colocando-a como protagonista durante todo o processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada- manual técnico**. 5th ed. Brasília-DF. 2006. 7-10 p.

Franco SE, Franco MFGR, Pinheiro BKA. **Avaliação Da Aceitação da Cadeira “Nasce Já Pelas Gestantes**. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3): 383-90.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Assistência Pré-natal**. 3th ed. Brasília-DF. 2000. 11 p.

Teixeira RI, Amaral SMR, Magalhães RS. **Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher**. Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde –DCBAS Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH). 2010; 3 (2): 27 p.

Sescato CA , Souza KRRS, Wall M L . **Os Cuidados Não-Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto**: Orientações Da Equipe De Enfermagem. Cogitare Enferm 2008 Out/Dez; 13 (4): 585-90.

Rezende J. **Obstetrícia Fundamental**. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré – Natal de Baixo Risco** Brasília-DF. 2012. 34-39 p.

Costa PA, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo SV. **Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas**. Rev. Rene 2011; 12(3): 548-54.

Progianti MJ, Costa FR. **Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.** Rev. Bras. Enferm. 2012; 65(2): 257-63.

Damasceno MA, Said FA. **O Método Problematizador no Cuidado Educativo com Mulheres no Preparo ao Parto.** Cogitare Enferm 2008; 13(2): 173-183.

Couto GR. **Conceitualização pelas Enfermeiras de Preparação para o Parto.** Ver Latino – AM Enfermagem 2006; 14(2):190-8.

Basso JF, Monticelli M. **Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado.** Rev. Latino-Am Enfermagem 2010; 18(3): [09telas].

Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. RBGO 2004; 26(10): 791-798.

Hotelling BA. **Teaching Normal Birth Interactively.** The Journal of Perinatal Education. 2004, vol. 13, No 2. 51-56.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. **Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.** Ver Esc Enferm USP 2009; 43(2): 438-45.

Silveira LC, Segre CAM. **Exercício físico durante a gestação e sua influência no tipo de parto.** Einstein 2012; 10(4):409-14.

Balaskas J. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural.** 2th ed. São Paulo: Ground; 2012. 19-100 p.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, Costa IKF. **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes.** Rev. Eletr.Enf 2008; 10(93): 600-9.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, Costa IKF. **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes.** Rev. Esc Enferm USP, 2009; 43(2):438-45.

Silva AMN, Porfirio AB, Mandu ENT, Divino EA, Progianti JM, Carinhanha JI, Peena LHG, Silva MBGN, Vargens OMC, Rodrigues RF, Seibert SL. **PROENF-SMN: Consulta coletiva de pré-natal: nova proposta para uma assistência integral.** Ciclo 1 modulo 1 Porto Alegre 2009. p 126-129.

Nakano MAS, Mamede FV, Monteiro JCS, Stefanello JGK, Mota MLS, Riesco MLG, Mamaede MV, Oliveira SMJV. **PROENF-SMN: Enfermagem baseadas em evidências científicas: um enfoque assistencial** - v 3. p 5-30.