

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

MARCELA FLÁVIA DE SOUZA FERREIRA

**PARTO NORMAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

VITÓRIA
2016

MARCELA FLÁVIA DE SOUZA FERREIRA

**PARTO NORMAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Cláudia Curbani Vieira Manola

VITÓRIA
2016

MARCELA FLÁVIA DE SOUZA FERREIRA

**PARTO NORMAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Profa. Cláudia Curbani Vieira Manola - Orientadora

Profa. Daliana Lopes Moraes – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Profa. Maristela Villarinho de Oliveira - Faculdade Católica Salesiana do Espírito
Santo

Dedico este trabalho a Deus, criador de todas as coisas, meu Senhor e meu Pai. A Ele que traçou meu caminho desde sempre, que me ama, molda e orienta para que eu me torne a cada dia uma pessoa e uma profissional melhor e mais humana. A Ele que já sonhava, antes que eu mesma pudesse sonhar, com o dia em que me tornaria enfermeira!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus cujo amor e misericórdia estão expressos em cada linha deste trabalho. Sem Ele, sem Seu Espírito Santo seria impossível escrever e discorrer sobre tão valioso assunto, que se refere a um dom concedido por Ele a humanidade, à mulher em especial, que é o da co-criação, da geração de vida. Agradeço por me enriquecer com conhecimento, sabedoria e sensibilidade para abordar este tema. Obrigada por tudo Deus!

Virgem Maria, senhora e porta da misericórdia! Agradeço mãe, pelo cuidado, carinho, proteção e por sua poderosa intercessão a Deus em meu favor. Obrigada por me ensinar, com seu exemplo de fé e humildade, a persistir com fé e confiança nos projetos que Deus confiou às minhas mãos. Te amo, Mãe!

Agradeço também a minha mãe que lutou, a cada dia, para eu me tornasse uma pessoa melhor e crescesse obediente aos desígnios e princípios de Deus. Obrigada pelo carinho, pela paciência, pela fé e orações, pelas palavras de incentivo. Obrigada por acreditar, mesmo quando tudo parecia mais difícil, que eu era capaz, que eu já tinha conseguido. Obrigada por tudo mãe, te amo!

Agradeço também ao meu futuro esposo, João, por toda paciência e dedicação durante este período, nos momentos de preocupação, estresse, angústia. Obrigada por seu companheirismo e por suas orações! Deus te guarde e abençoe. Te amo e muito obrigada!

De modo especial, também quero agradecer a minha querida orientadora professora Cláudia Manola, que com tão gentil orientação me instruiu, me acalmou e direcionou ao que era melhor para o trabalho. Obrigada pelo incentivo, por me instigar a desenvolver meu potencial, obrigada por acreditar na minha capacidade. Foi uma honra tê-la como orientadora!

Agradeço também a todos que de forma direta ou indireta contribuíram com a realização deste trabalho seja através de orações, palavras de incentivo. Ao meu pároco, Pe. Renato Christe, pelas palavras de fé e anúncio do evangelho, que reafirmaram minha esperança e confiança no meu trabalho. Aos meus amigos do grupo de oração São João Paulo II, por suas orações. Muito obrigada!

RESUMO

O presente estudo refere-se às ações de enfermagem que tornam o parto humanizado. O objetivo central deste trabalho é discutir quais as ações de enfermagem contribuem para um parto humanizado, e incluso a isto, qual o papel do enfermeiro como promotor desta humanização. Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada de janeiro a junho de 2016, através de revisão de bibliografias do período de 2000 a 2016 e de artigos científicos do período de 2010 a 2016. Com a presente pesquisa, verificou-se que para que a experiência do parto seja humanizada é fundamental uma postura profissional que se proponha a atender com solicitude e respeito ao processo fisiológico do nascer. Para tal, o enfermeiro é peça fundamental, sendo responsável por estimular a autonomia da mulher e a execução das práticas humanizadas pela equipe de enfermagem. A presença de um enfermeiro como executor da assistência ao parto é sinônimo de humanização, de valorização do ser humano e da nova vida que está para nascer, é sinônimo de respeito, de zelo, de promoção do bem estar de mãe e filho.

Palavras-chave: Humanização. Parto Humanizado. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This study refers to nursing actions that make the humanized childbirth. The main objective of this paper is to discuss the nursing actions contribute to a humanized childbirth, and included this, what is the role of the nurse as a promoter of this humanization. This study this is a bibliographical research, conducted from January through June 2016, through review of bibliographies of 2000 the period 2016 and scientific articles from 2010 to 2016 period. With this research, it was found that for the humanized birth experience is essential a professional who proposes to meet with concern and respect for the physiological process of birth. To this end, the nurse is Keystone, responsible for stimulating the autonomy of women and the implementation of Humanized nursing team practices. The presence of a nurse as executor of childbirth assistance is a synonym of humanization, of valorization of the human being and the new life that is about to be born, is synonymous with respect, zeal, to promote the well-being of mother and child.

Keywords: Humanization. Humanized Childbirth. Nursing care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 01 – Genitália Interna | 28 |
| Figura 02 – Mecanismo do parto normal | 48 |
| Figura 03 – Posições comumente adotadas para alívio da dor | 96 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 01 – Principais características das pelves femininas fundamentais | 43 |
| Quadro 02 – Principais legislações e políticas públicas relacionadas ao exercício da enfermagem obstétrica e à humanização do parto | 62 |
| Quadro 03 – Situações que influem no risco gestacional..... | 68 |
| Quadro 04 – Ações de enfermagem durante o trabalho de parto verdadeiro | 78 |
| Quadro 05 – Comparação das intervenções de enfermagem realizadas em parto frio e humanizado..... | 86 |

LISTA DE SIGLAS

ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CPN – Centro de Parto Normal
CRH – Hormônio Liberador da Corticotrofina
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
FSH – Hormônio Folículo Estimulante
GM – Gabinete do Ministro
GnRH – Hormônio Liberador de Gonadotrofina
hCG – Gonadotrofina Coriônica Humana
hPL – Lactogênio Placentário Humano
LDL – Lipoproteína de baixa densidade
LH – Hormônio Luteinizante
MMII – Membros inferiores
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SOGESP – Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo
SOP – Síndrome dos Ovários Policísticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TP – Trabalho de Parto
PPP – Pré-parto, parto e puerpério

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 21 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 25 |
| 2.1 ANATOMIA E FISILOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO | 25 |
| 2.1.1 Modificações maternas na gestação | 32 |
| 2.1.2 Trabalho de parto e parto | 41 |
| 2.1.2.1 Fisiologia e mecanismo do trabalho de parto | 43 |
| 2.1.3 Fisiologia da dor | 49 |
| 2.1.3.1 Fisiologia da dor do parto | 52 |
| 2.1.3.2 Aspectos relacionados à resposta dolorosa | 53 |
| 2.2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE | 55 |
| 2.2.1 Política nacional de humanização | 55 |
| 2.2.2 Histórico da enfermagem obstétrica no Brasil | 57 |
| 2.2.3 Legislações e políticas públicas do Sistema Único de Saúde sobre humanização do parto e nascimento | 60 |
| 2.2.4 Implementação do parto humanizado no Brasil | 63 |
| 2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO PARTO | 66 |
| 2.3.1 Assistência de enfermagem durante o pré-natal | 67 |
| 2.3.2 Descrição das ações gerais da assistência de enfermagem ao parto | 72 |
| 2.3.2.1 Admissão da gestante no local do parto..... | 73 |
| 2.3.2.2 Assistência durante os estágios do trabalho de parto | 76 |
| 2.3.3 Parto frio | 84 |
| 2.3.4 Parto humanizado | 85 |
| 2.3.5 Análise comparativa das práticas de enfermagem em parto frio e em parto humanizado | 86 |
| 2.3.5.1 Discussão das ações de enfermagem que contribuem para um parto humanizado..... | 92 |
| 2.3.6 Papel do enfermeiro como agente executor do parto humanizado | 98 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 103 |
| REFERÊNCIAS | 107 |

1 INTRODUÇÃO

Humanizar é uma temática exaustivamente discutida na área da saúde. A enfermagem como integrante do processo do cuidar não pode se ater apenas a teoria. Neste cenário percebemos um paralelo importante quanto à humanização do parto. Humanizar, neste aspecto, consiste em entender o parto como um evento biopsicocultural e social, no qual a mulher é personagem ativo e principal, decidindo com autonomia junto à equipe de assistência, sobre as condutas a serem realizadas em seu trabalho de parto (SENA et al., 2012).

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015a), em sua portaria nº. 11, de janeiro de 2015, afirma que a humanização do parto visa à promoção da segurança de mãe e filho, através de uma assistência qualificada, resolutiva, ética e integral. As políticas e ações para humanizar o parto são um marco histórico, reconhecendo a naturalidade do mesmo, proporcionando recursos físicos e humanos para o favorecimento do parto normal e da autonomia da gestante.

Um dos objetivos do incentivo a humanização do parto é a diminuição no número de mortes de mãe e filho. Só em 2015 cerca de 83% dos óbitos infantis de causas impedíveis estão associados diretamente a má qualidade assistencial na gestação, parto e pós-nascimento. Tudo isso ocorre em um cenário onde a abrangência pré-natal está ampliada e os partos são majoritariamente hospitalares. A baixa qualidade assistencial, a negligência e o uso inapropriado de tecnologias obstétricas, por vezes de modo iatrogênico, caracterizam as principais razões de morbimortalidade (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2013).

Vargens et al., (2012), afirmam que para a humanização do parto é necessário respeitar o decurso natural deste processo, saber ouvir, acolher e incentivar a autonomia da mulher, além de disponibilizar tecnologias para assistência ao parto. É priorizada a assistência por enfermeiros, em prol de uma assistência integralizada de acordo com as funções legisladas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pelo MS (VARGENS et al. 2012; BRASIL, 2013).

A ciência, conforme destacado pelo MS, ratifica que a assistência ao parto por enfermeiros contribui para o curso fisiológico do mesmo e em consequência traz vantagens à mãe e filho, diminuindo os riscos de intercorrências ou complicações. Por ser algo biológico, o parto exige poucas interferências, sendo menos agressivo a

mãe e filho. Dentre as ações que competem ao enfermeiro está o acompanhamento a gestação e parto de baixo risco (BRASIL, 2015a).

O empoderamento da mulher frente a parturição inicia na gestação, para que na hora do parto ela sintase segura em participar e intervir nas decisões acerca de sua assistência. Nesta área o enfermeiro atua como uma ponte que aproxima a assistência às necessidades da mulher. Embasada em conhecimento técnico-científico e na gênese do cuidar, a assistência fornecida pelo enfermeiro qualifica-se e contribui para a redução de intervenções e, logo, gastos desnecessários para o serviço de saúde (BRASIL, 2001).

O parto privilegiando a gênese natural foi descrito por Balaskas (2015a) em um guia a qual resgata a responsabilidade feminina no nascimento, que por vezes acaba se perdendo por desígnios médicos. A mesma autora descreve ainda que parto ativo não significa ter um parto perfeito, mas sim um parto repleto da realidade onde a mulher assume o controle do nascimento de seu bebê com apoio de conhecimentos valiosos de suporte ao nascer.

Frente a todo esse panorama de saúde, este estudo torna-se significativa, colaborando, para o aperfeiçoamento e consolidação do exercício da enfermagem na humanização do parto, reafirmando, através de claras e sólidas evidências científicas, quais ações já praticadas no exercício da enfermagem obstétrica contribuem ou não na prestação de uma assistência humanizada e qualificada que favorece de forma efetiva o decurso natural e humanizado do trabalho de parto (DAMACENO, 2015).

O objetivo geral do trabalho consiste em discutir as ações de enfermagem que contribuem para um parto humanizado. Para complementar a proposta têm-se os seguintes objetivos específicos: descrever a anatomia e fisiologia do parto normal, conhecer as práticas de humanização em saúde, analisar as ações de enfermagem no acompanhamento do parto e, por fim, identificar as ações de enfermagem humanizadas no parto.

Este estudo tem como proposta metodológica a revisão bibliográfica que diz respeito à pesquisa, revisão e análise crítica de materiais científicos referentes ao tema pesquisado, após delimitação dos objetivos e das bases do projeto. Nela o

pesquisador tem acesso a uma ampla bibliografia, executando seu estudo com base nos resultados e informações apresentadas nas mesmas (GIL, 2010).

A revisão bibliográfica foi realizada de janeiro a junho de 2016 sobre o tema “Parto Normal: ações de enfermagem para uma assistência humanizada” através de revisão de literatura do período de 2010 a 2016. O levantamento dos dados foi executado por meio das bases de dados BIREME, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, LILACS, BVS, DATASUS. Foram utilizados também manuais do ministério da saúde, portarias, legislações e políticas públicas, materiais da FEBRASGO, da OMS e entidades ou associações pertinentes ao tema pesquisado.

Foram inclusos artigos científicos de língua portuguesa, manuais e diretrizes do ministério de saúde e literaturas de 2000 a 2016. Exceções ao período delimitado foram o guia prático sobre a assistência ao parto normal da OMS de 1996 e as legislações, portarias e políticas públicas a partir de 1975 e anteriores ao ano de 2000. Justifica-se sua utilização devido a relevância quanto ao conteúdo dos mesmos para a construção do conhecimento científico acerca do tema abordado. Os principais descritores foram: enfermagem obstétrica, assistência de enfermagem ao parto, parto normal, parto humanizado, humanização em saúde.

A discussão deste trabalho de conclusão de curso (TCC) inicia-se com a abordagem sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino não gravídico, gravídico e com a fisiologia própria do trabalho de parto. Em seguida será abordado pontos relevantes sobre a humanização do atual sistema de saúde público e privado, seus desafios e o papel da enfermagem frente à implementação do modelo de parto humanizado.

Por fim, discorreremos sobre as ações de enfermagem na assistência ao pré-natal e trabalho de parto, concluindo com a discussão sobre os benefícios das ações humanizadas e o papel do enfermeiro como peça motriz para execução de uma assistência humanizada (BRASIL, 2016b).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para darmos início a discussão da humanização do parto primeiramente iremos nos reportar à anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, com a finalidade de oportunizar o conhecimento de estruturas diretamente relacionadas ao tema abordado neste trabalho. Lembrando que a mulher desde a infância já têm noção de sua sexualidade, faltando, então, o pleno entendimento do funcionamento reprodutivo (CAMPOS, 2015). Iniciemos nossa discussão então.

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

A função reprodutiva da mulher inicia-se ainda na vida intra-útero, quando os gametas começam a ser produzidos até alcançarem a prófase da primeira meiose. A partir deste ponto até a puberdade os gametas permanecem estagnados, retomando a gametogênese somente com a vinda da menarca (DANGELO; FANTINI, 2011; GUYTON; HALL, 2011a).

Ao descrevermos anatomicamente o sistema reprodutor feminino observamos que ele é constituído pelas seguintes estruturas e órgãos: útero, vagina, dois ovários, duas tubas uterinas, duas mamas, genitália externa, denominada vulva, composta pelo clitóris, uretra, bulbo do vestibulo, glândulas vestibulares, lábios maiores e menores e monte do púbis (DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

Os ovários são estruturas ovais, menores de 4 cm de comprimento, localizadas inferiormente às tubas uterinas e a direita e a esquerda do corpo do útero (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a). Eles têm por função primordial a reprodução através da síntese e liberação dos ovócitos, de progesterona e estrogênio. Estes últimos são os responsáveis pela evolução dos caracteres femininos (DANGELO; FANTINI, 2011).

Em sua fixação estão envolvidos três ligamentos: o suspensor do ovário, o útero-ovárico e o largo do útero. O ligamento suspensor do ovário o fixa à pelve e abriga a vascularização e inervação ovariana e tubária; o útero-ovário ou ainda ligamento próprio do ovário conecta este ao útero; por fim o ligamento largo do útero liga-se

em sua face posterior ao ovário por meio do mesovário (DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

A cada mês, alternadamente, um dos ovários ganha novas cicatrizes em sua membrana devido às rupturas que sofre na ovulação, onde há a extrusão do ovócito para fora do ovário. Com isto, ao início das ovulações no final da puberdade, os ovários adquirem um aspecto rugoso com uma coloração acinzentada deixando para trás o aspecto liso e a cor rósea que tinham na infância. Mais tarde, após a menopausa, eles cessam a produção e liberação dos hormônios sexuais, perdem a capacidade de reprodução, sofrem atrofia e, tornam-se órgãos estéreis (DANGELO; FANTINI, 2011).

Existem ainda algumas disfunções ovarianas muito comuns e relevantes para a saúde reprodutiva da mulher. Uma delas é a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), que se caracteriza por uma disfunção hormonal e metabólica que promove a permanência dos cistos ovarianos mesmo após a ovulação, provocando desta forma uma hipertrofia ovariana. (ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

A origem exata deste distúrbio ainda é estudada, mas sabe-se que a hiperinsulinemia e a hereditariedade têm relação com seu aparecimento. A SOP aumenta ainda as chances de desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidade, além de disfunções dermatológicas e capilares em presença de hiperandrogenismo (MOURA et al., 2011; ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

As tubas uterinas apresentam-se em número de 2, a direita e a esquerda do útero, e têm por função básica conduzir o ovócito até o útero e possivelmente o espermatozoide até ele. As tubas se dividem em quatro partes: infundíbulo, no qual estão as fímbrias que capturam o ovócito após a ovulação, ampola, istmo e uterina. Em seu terço lateral, mais precisamente ao nível da junção ampola-istmo, ocorre a fecundação, que é o encontro e penetração do ovócito pelo espermatozoide. As tubas desembocam através de suas extremidades mediais nos cornos do útero e são conectadas a estes pelo ligamento largo do ovário (BERNY; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

Segundo Berny e Levy (2009), as tubas secretam substâncias que nutrem os espermatozoides e o embrião antes da implantação e, aumentam a viabilidade do ovócito e dos espermatozoides. Elas são formadas por 3 camadas: a endossalpinge, a mioossalpinge e a perissalpinge, que é a mais externa. A endossalpinge e a mioossalpinge dentre outras funções, conduzem o ovócito do óstio ovariano até o istmo através do movimento ciliar da endossalpinge aliado a peristalse da mioossalpinge.

O útero é uma estrutura muscular, oca, com cerca de 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura. Localiza-se na cavidade pélvica entre a bexiga e o reto e constitui-se de três camadas, perimétrio, miométrio e endométrio e, de três partes, fundo do útero, corpo do útero e colo do útero ou cérvix. Ele está fixado, principalmente, pelos ligamentos largo e redondo do útero e, possui certa mobilidade, adaptando sua posição conforme a gravidade, a postura da mulher, da bexiga ou do intestino reto. Há ainda variações anatômicas quanto a posição, forma e estrutura uterina (DANGELO; FANTINI, 2011; RICCI, 2008a).

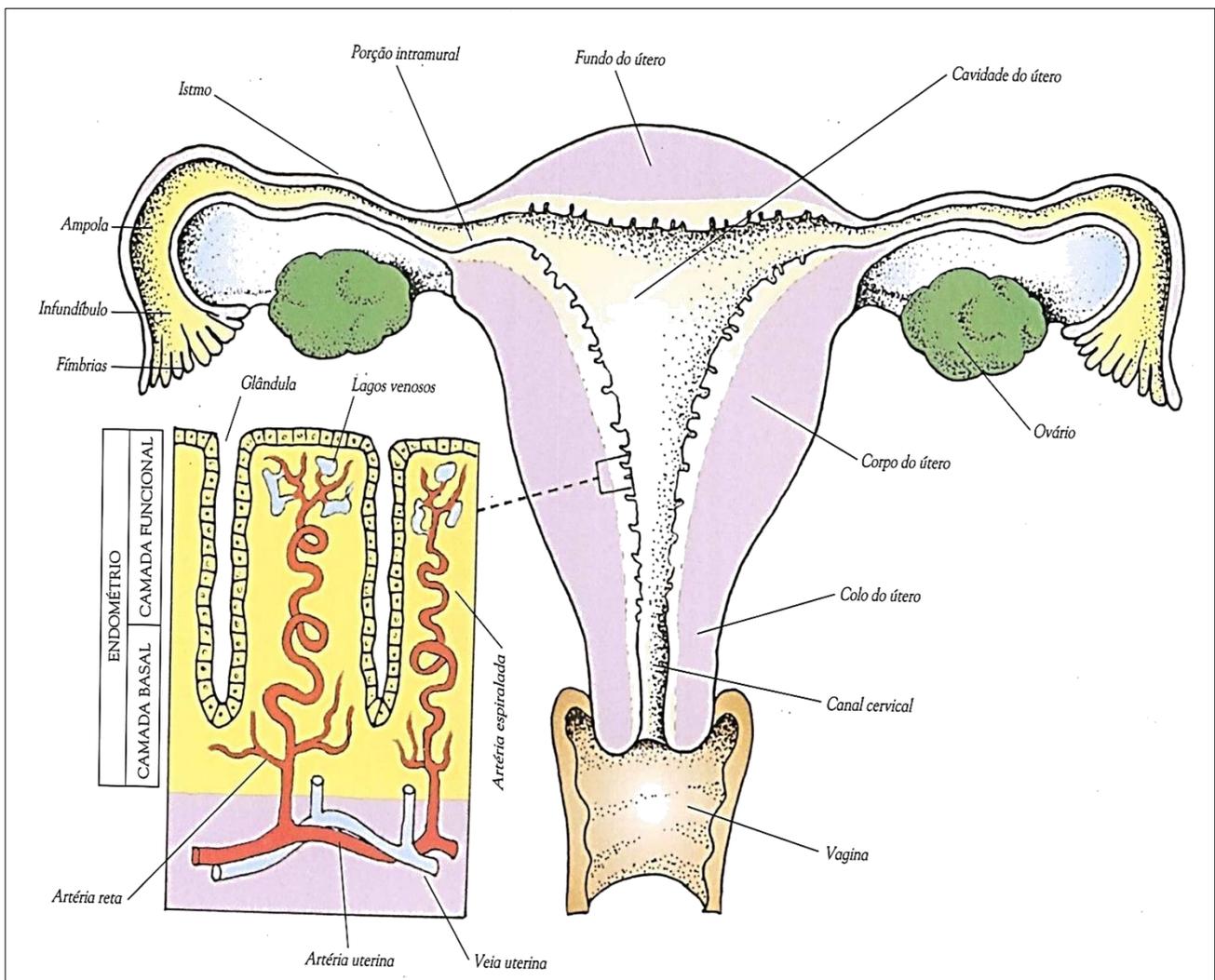
Segundo Dangelo e Fantini (2011) e Berny e Levy (2009), o endométrio é a parte mais íntima do útero e é nela que o embrião se fixa. Mensalmente o endométrio fica mais espesso e altamente vascularizado para abrigar o possível embrião que irá chegar através da fecundação, entretanto caso esta não aconteça, ocorre a menstruação, que é a diminuição da espessura e do número de vasos sanguíneos do endométrio que literalmente saem pelo canal vaginal em forma de uma, geralmente controlada e moderada, hemorragia.

A camada média do útero, o miométrio, é composta por fibras musculares lisas, contráteis e sensíveis à ação da ocitocina e de prostaglandinas. Já o perimétrio, ou serosa ou ainda peritônio, é a camada mais externa do útero. Nos cornos, que estão na parte superior do corpo do útero, saem nas tubas uterinas e logo acima deles localiza-se o fundo uterino, no qual ocorre a nidação. A cérvix comunica o útero ao canal vaginal e constitui-se por 2 camadas, a ectocérvix voltada para a vagina e a endocérvix voltada para o útero. O istmo uterino, região fina que se situa abaixo do corpo uterino, une o este à cérvix (BERNE; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a; RICCI, 2008a).

A vagina apresenta em seu interior um canal muscular rugoso de até 10 cm de comprimento, que abriga em suas rugas os espermatozoides ejaculados no ato

sexual. A comunicação com a genitália externa se dá através do introito vaginal ou óstio externo. A vagina é o órgão de cópula e trajeto de saída do feto no parto e da menstruação (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

Figura 01 – Genitália interna



Fonte: CAMIHORT, 2006, p. 3.

A vulva é composta pelo monte pubiano, clitóris e glândulas vestibulares, que são estruturas eréteis. Há ainda o meato uretral, grandes e pequenos lábios, vestíbulo vaginal e períneo. O monte pubiano é anterior à sínfise pubiana e é recoberta de pelos, os quais têm função protetor (BERNY; LEVY, 2009; BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

Ainda segundo Berny e Levy (2009), o clitóris é um órgão erétil homólogo ao pênis, constituído por dois corpos cavernosos. Localiza-se acima do meato uretral e

durante a excitação sexual se enche de sangue e adquire um aspecto edemaciado ou túrgido.

Segundo Dangelo e Fantini (2011), os grandes lábios se estendem do monte pubiano até o períneo, protegem os pequenos lábios, o introito vaginal e a uretra e possuem faces laterais e mediais. Estas últimas apresentam-se glabras, úmidas e róseas. Os pequenos lábios localizam-se um a direita e outro à esquerda medialmente aos grandes lábios. Eles têm pele glabra e lisa, vermelha e úmida e durante o ato sexual, ao contrário de como são normalmente, ficam túrgidos graças aos tecidos eréteis que os recobrem.

Entre os pequenos lábios estão as glândulas vestibulares, uma de cada lado do introito vaginal, que durante a relação sexual, sob pressão do pênis, liberam uma secreção mucosa que lubrifica inferiormente a vagina, ajudando a diminuir o atrito durante a penetração (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; DANGELO; FANTINI, 2011).

Protegidos pelos pequenos lábios ficam respectivamente o meato uretral e o introito vaginal. O introito vaginal, como citado anteriormente, é a entrada da vagina, nele se localiza o hímen, que é uma membrana que o recobre parcialmente, presente em mulheres virgens. Logo abaixo do introito, têm-se o períneo, que é uma região entre o introito e o ânus, no qual, quando necessário durante o parto vaginal, faz-se o processo de episiotomia, que é um corte para aumentar o espaço de saída fetal (BRUNNER; SUDDARTH, 2014a; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011a).

Dangelo e Fantini (2011), afirmam que a inclusão das mamas no sistema reprodutor se dá devido a sua função de amamentação, nutrição do recém-nascido no pós o parto. Elas são glândulas cutâneas modificadas, que têm função de amamentação através da produção e secreção de leite materno desencadeado por estímulos hormonais que iniciam no terceiro trimestre da gestação e perduram até a criança cessar a amamentação. Localizam-se no tórax anterior, uma no hemitórax direito e outra no hemitórax esquerdo e são divididas uma da outra pelo sulco intermamário.

As mamas são constituídas internamente pelo parênquima mamário e estroma e revestidas externamente pela pele. No parênquima está a glândula mamária e seus ductos. O estroma é composto majoritariamente por tecido adiposo, sendo este revestido por tecido conectivo. Graças ao tecido adiposo, é o estroma quem define a forma e tamanho das mamas estando à mulher grávida ou não. Por fim, a pele que

recobre as mamas é lisa e fina e contém glândulas sudoríparas e sebáceas em sua estrutura (DANGELO; FANTINI, 2011).

Em sua parte externa, pode-se verificar a presença da papila mamária e da aréola. Esta é altamente inervada e abriga as glândulas sudoríparas e sebáceas. Já a papila mamária ou mamilo, vulgarmente conhecido como “bico do seio”, abriga cerca de 20 ductos lactíferos, por onde o leite é ejetado conforme o estímulo de sucção do recém-nascido (BERNE; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011; RICCI, 2008a).

Segundo Guyton e Hall (2011a) e Costanzo (2004), durante os anos reprodutivos da mulher, em média 400 a 500 folículos amadurecem e são liberados um a cada ciclo menstrual. A fisiologia do sistema reprodutor, que inclui o ciclo menstrual e a manutenção da gestação, é regulada pelos hormônios estrogênio e progesterona, LH (hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo estimulante), e pelo hormônio de liberação das gonadotropinas (GnRH).

O ciclo menstrual têm duas fases, folicular e lútea e, um evento crucial entre elas, a ovulação. Na fase folicular predominam os hormônios FSH e estrogênio. O FSH promove a proliferação celular de 6 a 12 folículos ovarianos e o estrogênio por sua vez, além de ter certa ação proliferativa sobre o endométrio, age aumentando, por meio de um feedback positivo, a sensibilidade dos folículos ao FSH. Logo, quanto maior a sensibilização maior será o crescimento folicular e maior a síntese de estradiol por parte dos folículos (COSTANZO, 2004; GUYTON; HALL, 2011a).

FSH e LH são secretados pela adeno hipófise enquanto que a síntese do GnRH é hipotalâmica. Esse último estimula a secreção do LH e FSH através da frequência de seus pulsos; altas frequências, maiores que 60 minutos, estimulam a síntese de LH, enquanto que baixas frequências incita a produção de FSH. Estes estimulam a síntese de progesterona e estradiol, respectivamente, por parte dos folículos ovarianos a partir do colesterol no ciclo menstrual. Seus níveis variam de acordo com a fase do ciclo, que dura cerca de 28 dias (BERNE; LEVY, 2009; COSTANZO, 2004).

Os gametas femininos iniciam sua produção ainda no período embrionário, entre o final do 1º ao do 2º trimestre gestacional. Em torno dos 6 meses de vida, pós parto, as ovogônias embrionárias recebem nutrientes e doses de FSH e se transformam em folículos de Graaf. Estes são folículos com maior grau de desenvolvimento que

abrigam os ovócitos primários estagnados na prófase I da divisão meiótica. Na fase folicular do ciclo menstrual, um desses folículos se destaca, sofre ação do LH que o desenvolve até a metáfase II da meiose, amadurecendo o suficiente para ser extraído na ovulação e inibir o desenvolvimento dos demais (COSTANZO, 2004).

Cerca de dois dias antes da ovulação há um aumento na secreção de LH pela adeno-hipófise. Este atinge seu ápice em média poucas horas antes da ovulação. O LH age promovendo a dilatação do folículo de Graaf que mais amadureceu e converte as células foliculares tornando-as capazes de secretar progesterona (GUYTON; HALL, 2011a).

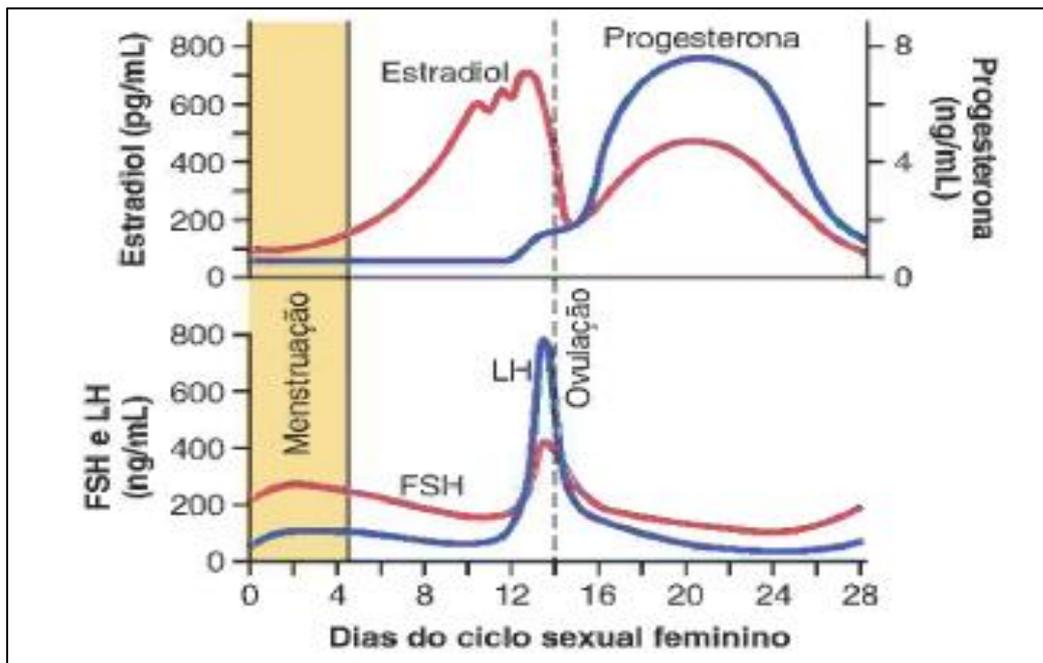
Cerca de um dia antes da ovulação, os níveis de estrogênio diminuem, os de FSH aumentam, como um reforço para a dilatação dos folículos, e os de progesterona crescem gradualmente. A ovulação ocorre então graças ao pico de LH e a ação deste com a progesterona dilatando a membrana do folículo e promovendo a remoção de seu estroma (GUYTON; HALL, 2011a).

Segundo Berne e Levy (2009), o ovócito, agora, secundário, permanece em metáfase II até a fecundação. Os resíduos celulares do folículo de Graaf rompido constituem o corpo lúteo, o qual é responsável pela manutenção da gravidez nas primeiras semanas até que a placenta já esteja formada e capaz de secretar progesterona. Sem fecundação, o corpo lúteo passa a ser denominado corpo albicans. Sua presença, dentre outros fatores, caracterizam o início da fase lútea.

Nesta fase, predominam os hormônios esteroides estrogênio e, principalmente, progesterona por meio da secreção do corpo lúteo. Este permanece ativo durante 7 a 8 dias e, logo após começa a regredir e os níveis de seus hormônios caem. Com isto ocorre a descida da menstruação que dá início a um novo ciclo menstrual ou sexual feminino. Esta nada mais é do que a descamação do endométrio que se preparou para receber um embrião. Caso haja fecundação, o corpo lúteo permanece ativo por ainda mais 12 semanas até a formação placentária estar completada (GUYTON; HALL, 2011a).

O gráfico abaixo resume as variações plasmáticas dos hormônios durante um ciclo menstrual de 28 dias.

Gráfico 1 – Variação dos níveis hormonais durante o ciclo menstrual de 28 dias



Fonte: GUYTON; HALL, 2011a, p.1042.

2.1.1 Modificações maternas na gestação

A gestação é um período de profundas modificações físicas que preparam o corpo da mulher, através de uma série de eventos, para abrigar e sustentar o desenvolvimento e crescimento embrionário-fetal de seu filho, adequando-o as novas necessidades apresentadas. Ela tem seu estopim com a fecundação e seu término no parto. A compreensão dessas modificações é fundamental para uma assistência qualificada ao pré-natal e para a preparação materna para o parto (DANGELO; FANTINI, 2011).

É importante frisar que aqui não se objetiva uma explanação completa acerca de todas as modificações, visto a riqueza e as inúmeras particularidades de cada sistema. O leitor irá encontrar um texto informativo e relacional, que visa exemplificar, de modo geral e contextualizado, as principais alterações maternas. Não podemos esquecer que a gestação seguida do nascer trata-se de um estado natural da mulher no qual intervenções cirúrgicas só são necessárias, diante de recomendações obstétricas reais (BRASIL, 2013).

Segundo Montenegro e Rezende-Filho (2011a), A fecundação só é propícia durante o período fértil da mulher, atos sexuais fora dele não promovem esse contato entre os gametas. O qual segue-se da penetração e fusão do espermatozoide com o ovócito. É relevante considerar, também, a viabilidade do espermatozoide, que corresponde em média entre 24-48hs após sua deposição no canal vaginal.

O ovócito II por meio do movimento ciliar da endossalpinge, captado pelas fímbrias tubárias no óstio ovariano, passa para o infundíbulo da tuba uterina. Neste, o ovócito se move graças a essa ação ciliar aliada a peristalse promovida pela mioossalpinge. Ao nível da ampola o ovócito II tem seu movimento diminuído devido ao muco espesso e a hipertonia do istmo, aumentando assim a probabilidade de ocorrência de uma fecundação (BERNE; LEVY, 2009; DANGELO; FANTINI, 2011).

Ao sair do ovário o gameta feminino já está envolto pela coroa radiada e pela zona pelúcida, esta mais intimamente e, tem a constituição genética de 23 cromossomos sem par. Essa envoltura do ovócito II seleciona o gameta masculino para a fecundação e impede a polispermia, fecundação por mais de um espermatozoide, garantindo assim a viabilidade e qualidade do futuro embrião (BERNE; LEVY, 2009; GUYTON; HALL, 2011b).

No ato sexual os espermatozoides contidos no sêmen são depositados na vagina e alcançam o lúmen tubário graças ao seu movimento ciliar caudal e, principalmente, a peristalse uterina e tubária. Estas contraturas, uterina e tubária, são desencadeadas por prostaglandinas e ocitocinas, liberadas no líquido seminal e pela neurohipófise ao orgasmo feminino, respectivamente. Os espermatozoides ejaculados se capacitam já dentro do útero, tornando-se capazes de fecundar o ovócito. Presente ao líquido seminal há ainda frutose, que atua como fonte energética para os espermatozoides (MOORE; PERSAUD, 2008).

Ao início da fecundação, com a penetração do espermatozoide na coroa radiada e posteriormente na zona pelúcida, o então ovócito II, agora óvulo, retoma à sua divisão meiótica e dá prosseguimento ao seu desenvolvimento. Paralelo a isto, o espermatozoide penetra totalmente no óvulo, permanecendo neste somente sua cabeça, e tem seu DNA descompactado, necessário para a posterior fusão com os cromossomos do óvulo, no centro deste, através da união de seus respectivos pró-núcleos, concluindo assim a fecundação (BERNE; LEVY, 2009).

Segundo Guyton e Hall (2011b), o ovócito II, agora zigoto, passa por várias mitoses que o converte em 72 horas em uma massa de 16 células denominada mórula e, posteriormente em blastocisto. Sete dias após fecundação o blastocisto chega a cavidade uterina e inicia sua fixação, geralmente no fundo do útero, a qual é completada após 5 dias, fenômeno o qual chamamos de nidação. A partir daí começa, de forma mais efetiva e evidente, o desenvolvimento do feto, que envolve o crescimento físico, desenvolvimento de órgãos e sistemas entre outros.

A gestação estende-se em média 40 semanas, as quais são divididas em três trimestres, com em média 13 semanas cada. A cada trimestre novas e contínuas modificações, desencadeadas por estímulos hormonais, características do período, vão surgindo de acordo com o desenvolvimento fetal e a proximidade do parto (BRASIL, 2012b).

Montenegro e Rezende-Filho (2011c), classificam as alterações maternas em sistêmicas e genitais. As sistêmicas incluem as modificações biomecânicas, metabólicas, cardiovasculares, hemodinâmicas, urinárias, respiratórias, digestivas, endócrinas além das no equilíbrio ácido-básico, na pele e nos fâneros. As genitais incluem o útero, vulva e vagina. Há ainda alterações nas mamas.

Essas modificações podem vir a desencadear alguns sintomas, considerados comuns ao período gravídico. Dentre eles estão náuseas, vômitos, tonturas, pirose, sialorreia, fraqueza, desmaio, dor abdominal, cólicas, flatos, constipação intestinal, lombalgia, cefaléia, cloasma, estrias, problemas urinários, entre outros. Incluem-se também as variações emocionais, psicossociais e afetivas decorrentes do processo de aceitação e adaptação a gestação (BRASIL, 2012b).

Segundo RICCI (2008b), as alterações sistêmicas músculo-esqueléticas são desencadeadas por vários fatores hormonais, pelo próprio crescimento fetal e, pelo conseqüente ganho de peso da mãe. Elas são progressivas e evidenciam-se, principalmente, em modificações de curvaturas da coluna, no equilíbrio postural, no tipo de marcha, na deambulação, entre outros (MOREIRA et al., 2011).

Os hormônios envolvidos na endocrinologia gestacional são a progesterona, estrogênio, lactogênio placentário humano (hPL), hormônio liberador da corticotrofina (CRH), a gonadotrofina coriônica humana (hCG) e o GnRH. Os níveis de progesterona, estrogênio e de hPL descrevem uma curva ascendente conforme

se passa o período gestacional (BERNE; LEVY, 2009; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011b).

Ainda segundo Berne e Levy (2009), dentre as funções do estrogênio podemos citar o aumento no suprimento e fluxo sanguíneo materno-fetal, na captação de lipoproteína de baixa densidade (LDL) por parte do embrião através de seus receptores, desencadeamento de hormônios indutores do trabalho de parto, como prostaglandinas e citocinas. Junto à progesterona ele provoca a secreção de prolactina para a lactogênese e ainda, dobra o tamanho mamário.

A gestação altera o eixo corporal materno conforme a nova disposição de órgãos, principalmente do útero, e do tamanho das mamas. Os hormônios placentários e ovarianos, como a relaxina, promovem o afrouxamento dos ligamentos e consequente instabilidade em suas articulações, além de acúmulo de líquidos, adição de peso e da circunferência abdominal. Esta é devido à expansão do útero, o qual pode chegar a pesar até 1,3 kg (MOREIRA et al., 2011).

Com a alteração do centro de gravidade que se desvia para diante, os ombros tendem a se inclinar mais para o lado posterior, os membros inferiores (MMII) sofrem uma rotação externa, o eixo da bacia muda e ocorre ainda um destaque no sentido ântero-posterior da coluna lombar, provocando uma lordose na região lombar. Como adaptação para manter o equilíbrio postural, há uma tendência no desenvolvimento de outra curvatura na região cervical e torácica em decorrência da lordose lombar (MOREIRA et al., 2011).

Esse processo se intensifica no início do terceiro trimestre, por volta da 27^a a 28^a semana, e faz com que a mulher assuma uma marcha anserina, caracterizada por passos mais curtos e oscilantes. Quanto mais avançada a gestação, maior será a acentuação dessas alterações e mais oscilantes serão os passos da gestante (RICCI, 2008b).

Por volta da 10^a a 12^a semana, a placenta passa a secretar a relaxina, um hormônio que promove uma frouxidão ligamentar, principalmente os das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica. Isto ocorre para adaptar o corpo ao aumento do peso corporal e do útero gravídico. Ela contribui, também, no amolecimento cervical uterino durante o trabalho de parto, facilitando, assim, a saída do feto no período expulsivo (GUYTON; HALL, 2011b).

Quanto às adaptações do sistema renal é importante destacar o papel da progesterona, hormônio ovariano, que na gestação é secretada pela parte fetal placentária. Ela promove o relaxamento da musculatura lisa que envolve e constitui as estruturas do sistema renal, como os rins, bexiga, ureter, por exemplo. Junto a isto há a uma dilatação fisiológica dessas estruturas devido a interferência da alta vascularização ovariana, do peso do útero gravídico e de sua rotação para a direita. Essas e outras alterações anatômicas gerarão modificações fisiológicas significativas para o funcionamento renal (MOISÉS et al., 2011).

Os rins sofrem aumento no comprimento e em seu peso, tendo suas estruturas internas alargadas, proporcionando uma maior capacidade de formação de urina e demais processos excretores. Por sua vez a pelve renal apresenta-se dilatada, devido ao relaxamento dos músculos que a envolvem. Na 6ª semana, ainda no primeiro trimestre, os ureteres já apresentam alterações em sua estrutura, as quais promovem uma dilatação e um encurvamento maior logo acima da borda da pelve renal (ANANTHARAMAN; SCHMIDT; HOLLEY, 2011).

A vasodilatação fisiológica das estruturais renais, aliada a hipervolemia e ao aumento no débito cardíaco, promove um aumento de até 50% do fluxo de sangue para os rins. Logo há uma ampliação da capacidade de filtração glomerular e, logo, um aumento na retenção de líquidos e de íons, como o sódio por exemplo. A taxa de filtração aumenta em até 50% da sua capacidade normal principalmente ao fim do primeiro trimestre gestacional (ANANTHARAMAN; SCHMIDT; HOLLEY, 2011; GUYTON; HALL, 2011b).

Em relação ao sistema cardiovascular as principais alterações referem-se ao débito cardíaco, a resistência vascular sistêmica e periférica, a frequência cardíaca (FC) e a pressão arterial (PA). Há um aumento crescente no volume de sangue circulante e no volume plasmático, gerado por uma vasodilatação fisiológica, promovendo um aumento na FC e no débito cardíaco. Ainda que a força de ejeção do ventrículo esquerdo não sofra alteração, há alterações relevantes quanto a resistência vascular e a pressão arterial, que estão reduzidas no período gravídico (CONTI, 2015; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c).

Como citado anteriormente, ocorre um aumento no débito cardíaco e em consequente no volume plasmático, que promove, principalmente entre o final do segundo e o início do terceiro trimestres, uma hemodiluição das hemácias. O volume

plasmático aumenta em média 1000 ml, enquanto que o número de hemácias 300ml, em porcentagem, têm-se 50 e 25% respectivamente. Uma consequência natural, devido a este descompasso quantitativo, é o desenvolvimento de uma anemia, que apesar de ser fisiológica deve ser tratada (BRASIL, 2012a).

Essa anemia pode ser desencadeada e agravada por vários fatores, dentre eles, destaca-se a carência de ferro, vitamina B12 e ácido fólico, as perdas sanguíneas além da redução exacerbada na síntese de eritrócitos. Estes, assim como o plasma retornam aos valores normais cerca de 45 dias após o parto. Essa hemodiluição, apesar de ser um mecanismo natural adaptativo do organismo materno às novas demandas hemodinâmicas deve ser monitorada de forma contínua, a fim de identificar e tratar precocemente sua exacerbação e o estabelecimento de outras alterações sanguíneas (BRASIL, 2012a).

O metabolismo materno sofre várias modificações em grande escala para se adaptar as novas demandas nutricionais da gestante e do feto, para o qual o suprimento deve ser ininterrupto e constante, inclusive nos períodos de jejum materno. Para tanto o metabolismo passa por um rearranjo de funções e destinação de suprimentos pela ação hormonal do estrogênio, progesterona, cortisol e do hPL, os quais são secretados pela placenta (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012).

No início da gestação, ainda no primeiro trimestre, a quantidade de glicose aumenta para o feto em detrimento da oferta para a periferia do corpo materno. Com o início do terceiro trimestre, em torno de 27-28 semanas, o hPL promove um efeito diabotogênico, no qual o organismo utiliza ácidos graxos livres como fonte de energia, juntamente com a lise das reservas lipídicas que estão aumentando desde o primeiro trimestre e, inibe a continuidade da deposição de lipídeos. Aliado a tudo isto, a ação inibitória da insulina diminui, reduzindo desta forma a lise de glicose (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c).

Esse efeito é uma alternativa fisiológica do corpo para suprir ao mesmo tempo as necessidades maternas e fetais. Enquanto que os aminoácidos e a glicose, antes ofertada em larga escala para a mãe, são extremamente permeáveis e, logo rapidamente difundidos através da placenta para o feto, os lipídeos são impenetráveis à placenta. Deste modo atende-se às necessidades metabólicas do feto, com os nutrientes que lhes geram grande dependência e lhe são acessíveis e, as da mãe com o uso de lipídeos (BERNE; LEVY, 2009).

Entre 10 e 30 semanas têm-se um aumento na taxa e velocidade de deposição de lipídeos, aumentando assim a reserva lipídica nos tecidos maternos. Em contra partida, a partir do terceiro trimestre, período de maior demanda nutricional fetal devido ao ganho de peso, o organismo para de reservar lipídeo e inicia a atividade lipolítica. Enquanto que o corpo materno passa a utilizar os lipídeos como matéria prima para síntese de sua glicose, o feto utiliza a glicose advinda dos aminoácidos (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c).

A partir da lipólise são produzidos substratos como glicerol, que pode ser convertido em glicose, AGL e corpos cetônicos, os quais podem atravessar a barreira placentária e serem utilizados pelo feto como combustível ou matéria prima para a síntese de lipídeos para o cérebro. Essa variação nos níveis de lipídeos no organismo e, conseqüentemente, na corrente sanguínea gera uma hiperlipidemia fisiológica materna, característica do período gestacional, que beneficia o feto através do provimento constante de nutrientes inclusive nos períodos de jejum maternos (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c; SALLY; ANJOS; WAHRLICH, 2013).

Uma das alterações sistêmicas mais visíveis no período gestacional é a retenção de líquido, que ocorre por vários motivos como, por exemplo, pelo aumento da retenção de sódio e da filtração glomerular, diminuição da pressão oncótica e do limiar da sede e a geração de um novo nível de osmolaridade. O acúmulo de líquidos, tanto extra como intracelular, varia entre 6 a 8L, representando cerca de 70 % do peso total ganho na gestação. O grau dessa retenção define o nível de sobrecarga dos sistemas cardiovascular e renal (ANANTHARAMAN; SCHMIDT; HOLLEY, 2011; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c).

A ação da progesterona promove um efeito natriuético, no qual há a promoção do aumento na taxa de reabsorção tubular de sódio, através da secreção de aldosterona pelo córtex da suprarrenal. Entretanto, devido à quantidade de líquido retida, os níveis de sódio permanecem menores durante a gestação. Essa retenção de líquidos acresce no volume plasmático, influenciando no débito cardíaco e no desgaste do coração, além de promover uma hemodiluição no organismo materno. Edemas periféricos, principalmente na região lombar e nos membros inferiores (MMII), exemplificam algumas das conseqüências dessa hipervolemia plasmática (ANANTHARAMAN; SCHMIDT; HOLLEY, 2011; MOISÉS et al., 2011).

As alterações nos sistemas renal, cardiovascular e hemodinâmica, desencadeadas por ação hormonal, estão interligadas e refletem em todo o organismo materno. Muitos hormônios que atuam nessas alterações e na manutenção do metabolismo materno e fetal são hormônios placentários, tireoidianos e hipofisários. Estes últimos são advindos de glândulas que têm seu tamanho expandido durante a gestação, regredindo no puerpério (RICCI, 2008b).

A função da tireoide acompanha as variações de tamanho de sua estrutura, tendo sua atividade aumentada durante a gestação. Alguns hormônios hipofisários, como o FSH, o LH e, o Hormônio Tireostimulante (TSH), são inibidos, até o fim da gestação com o evento do parto, graças ao mecanismo de feedback negativo desencadeado por suas glândulas alvo e por ação hormonal da progesterona e do hCG. Este é um hormônio placentário, produzido outrora pelo corpo lúteo, que contribui na manutenção da gestação (RICCI, 2008b).

O sistema respiratório devido a expansão abdominal provocada pelo aumento do útero gravídico tem comprimido seus pulmões e o diafragma, o qual se eleva cerca de 4 a 5 cm fora de sua posição normal. O esforço respiratório aumenta, devido ao aumento na demanda de oxigênio. Músculos outrora nunca utilizados para a mecânica ventilatória, agora são necessários para compensar os devidos no eixo da gravidade, da coluna e das modificações no ângulo subcostal, que aumenta cerca de 35° de forma progressiva ao longo da gestação. Todo o corpo se rearranja (CHICAYBAN; DIAS apud SILVA; TUFANIN, 2013).

Segundo Stranding (2010), a distensão do útero é promovida por estímulos endócrinos e mecânicos, a qual provocam distensões nas fibras da musculatura do miométrio. Estas se distendem sem se romper, adequando-se dia a dia ao crescimento fetal. O útero gravídico pode chegar a pesar mais de 1kg, sendo isto proveniente do peso fetal, do aumento da vascularização, da retenção de líquidos no miométrio e do líquido amniótico. Os ligamentos do útero, os ovários e as trompas acompanham o crescimento uterino.

As trompas uterinas tendem a se situar mais lateralizadas e posteriores em relação as suas posições originais. A vulva e a vagina têm sua coloração mais escurecida, um tanto azulada, sendo que no orifício externo da cérvix, no qual há o contato com a vagina, forma-se um tampão mucoso que protege o feto contra infecções que possam vir a ascender pelo canal vaginal. A vulva além da alteração em sua

coloração tem seu tamanho aumentado, proporcionando um aspecto, aparente, de inchaço. No final da gestação, perto do parto, a estrutura vulvar aumenta mais ainda, devido à dilatação provocada pelos mecanismos do trabalho de parto (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011c; STRANDING, 2010).

O peso e a situação do útero gravídico podem ocasionar uma série de alterações, que incluem a compressão da veia cava inferior, principalmente em posições supinas, que pode promover um aumento na pressão da veia femoral e o deslocamento do diafragma, o qual promove um desvio no eixo do coração ao ter sua situação alterada no mediastino. Essas alterações anatômicas influem também no sistema cardiovascular e respiratório, por exemplo, através da redução do retorno venoso dos MMII, da redução da pressão arterial (PA) (CONTI, 2015).

Devido à posição do útero, antevertido ou retrovertido, a bexiga ou o intestino grosso podem também ser comprimidos gerando, respectivamente, uma incontinência urinária e constipação que vão se acentuando com o crescimento fetal ao decorrer da gestação. Outro fator que contribui para a constipação é a redução da peristalse gastrointestinal que acresce a reabsorção de água e líquidos (DANGELO; FANTINI, 2011).

O relaxamento da musculatura do trato gastrointestinal promove a redução da contratilidade do mesmo, aumentando a taxa de reabsorção de líquidos e reduzindo a taxa hídrica destinada a formação do bolo fecal. Desta forma, aumenta-se a retenção de líquidos, a distensão abdominal, o ressecamento do bolo fecal e a chance de desenvolvimento de constipação. Esta, relacionada ao peso e pressão do útero gravídico, aumenta a ocorrência de hemorroidas (RICCI, 2008b).

Segundo Guyton e Hall (2011b) a partir de 16 semanas as mamas sofrem alterações contínuas e paulatinas, que se intensificam no último trimestre, em preparação para o aleitamento materno. Os mamilos tornam-se mais eretos e tem sua coloração escurecida e, sua lubrificação, para a amamentação, se dá pela ação das glândulas sebáceas mamárias. Outra questão é o aparecimento de estrias devido a distensão do tecido conjuntivo que constitui as mamas. Essas podem perdurar até mesmo após o período gestacional (RICCI, 2008b).

No seu interior acontece a síntese de leite, que se desenvolve em três fases – lactogênese I, II e II, sendo que a fase I é a única que ocorre durante a gravidez. As

demais fases se desenvolvem após o parto, por exemplo, a fase II que é desencadeada pelo estímulo da prolactina liberada com o nascimento do bebê. Já a fase III inicia após a descida do leite e perdura por todo o período de amamentação (BRASIL, 2014d).

Os hormônios envolvidos na fisiologia da amamentação são o estrogênio, a progesterona, a prolactina e a ocitocina, sendo os dois primeiros presentes somente na lactogênese I. Para manutenção do aleitamento é fundamental a saída completa do leite na mamada e a sucção adequada do bebê. Isto é devido graças a grande parte do leite ser sintetizado durante a própria mamada. A lactação não influi no peso mamário, o qual pode dobrar, chegando até 1 kg (BRASIL, 2014d).

2.1.2 Trabalho de parto e parto

O parto é o desfecho natural da gestação. O relaxamento dos ligamentos pélvicos, a flexibilidade da musculatura perineal, a adaptação de órgãos e estruturas facilitando a progressão do feto pelo trajeto do parto exemplificam algumas das modificações gestacionais para momento do parto. O conhecimento acerca destas e quanto à fisiologia e mecanismo do trabalho de parto (TP) empodera o profissional que assiste a este quanto a naturalidade deste processo e a importância da participação materna de forma ativa (BALASKAS, 2015a).

No final do terceiro trimestre em torno das 37-38 semanas o feto chega ao termo, significando que alcançou o máximo de desenvolvimento intra-útero e está pronto para nascer. O parto se dá graças ao trabalho de parto que nada mais é do que uma série de eventos anátomo-fisiológicos que promovem a saída do feto através da pelve materna pela via vaginal (MONTENEGRO; BRAGA; REZENDE-FILHO, 2011).

O parto pela via vaginal é conhecido como parto normal, vaginal, natural ou transpélvico. Consideraremos neste trabalho, como parto normal, todo parto onde o TP inicia de forma natural, espontaneamente, sem qualquer interferência quanto a seu início e progressão. Onde não há a utilização de anestésias, fórceps e outros métodos cirúrgicos para a saída do feto. O parto cesariano, que se dá pela via abdominal, não será abordado neste trabalho (BRASIL, 2015a).

A via de parto adequada é definida segundo alguns critérios, como: estática fetal, proporcionalidade fetopélvica, co-morbididades maternas, complicações fetais, entre outros. Entretanto é interessante e relevante destacar que a grande maioria dos partos, tanto de baixo quanto de alto risco, podem ser normais sem prejuízos à saúde de mãe e filho. É importante avaliar, averiguando a existência real de contra indicações ao parto normal, considerando sempre a escolha materna (HADDAH; CECATTI, 2011; COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016b).

A estática fetal é determinada pela situação, apresentação e posição fetal. A primeira indica a relação entre o corpo do feto com o da mãe e pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua, sendo que está última é uma situação de transição, podendo se converter em longitudinal ou transversa. A apresentação é a parte do feto que surge primeiro na vagina. Ela pode ser cefálica, pélvica ou córmica, respectivamente, cabeça, pés e espádua (RICCI, 2008c).

Fetos em situações transversas sempre terão apresentações córmicas. Nestes casos o parto vaginal está contra indicado, pela impossibilidade evidente da ocorrência do mesmo. Fetos em situações longitudinais podem ter apresentação cefálica ou pélvica. Esta última ainda pode ser dividida em pélvica completa (feto está sentado), pélvica incompleta (MMII fletidos próximos ao tórax anterior) e, pélvica incompleta onde um ou os dois pés apresentam-se no canal do parto. Fetos pélvicos não contra indicam o parto normal, mas requerem experiência e segurança por parte do enfermeiro para o seu manejo (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011d; RICCI, 2008c).

Bebês prematuros ou gemelares podem nascer pela via vaginal, deve-se apenas considerar a presença ou não de complicadores, como a instabilidade fetal, que a contra indicam. Um exemplo disto é o caso de somente o primeiro feto estar em apresentação cefálica. Caso o segundo esteja córmico, a mãe poderá ser submetida a dois tipos de partos, o vaginal e o abdominal. Nesses casos cabe a mãe junto a equipe definir a melhor via de parto (BITTAR; ZUAGAIB, 2010; BRASIL, 2012a; RODRIGUES; COSTA; ROSADO, 2014; PEREIRA; CUNHA; MONTENEGRO, 2009).

A proporcionalidade fetopélvica engloba os diâmetros fetais, os da pelve materna e a estrutura desta. Existem quatro tipos de pelve: ginecóide, antropóide, andróide e

platipelóide. Considera-se a ginecóide como a melhor pelve para parir, a qual está presente em 50% da população feminina. A anatomia pélvica pode determinar a intensidade da dor durante o TP. Alguns tipos de bacias como as andróide e andropóide podem dificultar a passagem do feto pelo trajeto de parturição ou mesmo o impossibilitar como no caso da bacia platipóide (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011e; RICCI, 2008c). As principais características dos tipos de bacia estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 01 – Principais características das pelves femininas fundamentais

| Pelve/ Características | Ginecóide | Antropóide | Andróide | Platipelóide |
|---|------------------|--|---|---|
| Estreito Superior | Arredondado | Elíptico, alongado no sentido ântero- posterior | Levemente triangular | Ovalado |
| Espinhas ciáticas | ----- | Não proeminentes | Muito proeminentes | Proeminentes |
| Diâmetro ântero- posterior do estreito inferior | Grande | Maior | Pequeno | Menos reduzido |
| Sacro | Largo, côncavo | Estreito, longo | Estreito, longo, plano, inclinado para diante | Largo, curto, côncavo |
| Prognóstico | Muito bom | Se não houver distocia no estreito superior não haverá no resto da bacia | Péssimo; Conforme a progressão do parto maior será a ocorrência de distócias | Ocorre mais distocia na insinuação, e depois ameniza |

Fonte: Adaptado de MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011e.

2.1.2.1 Fisiologia e mecanismo do trabalho de parto

A fisiologia do TP envolvem todos os processos orgânicos promovidos sob estímulo fetal e materno. Enquanto que o mecanismo do TP refere-se à mecânica fetal na passagem pelo canal do parto até sua saída pela vagina. Em condições normais, a mãe entra em TP até 41 semanas de gestação de fetos únicos e em torno de 37 semanas em gravidez gemelar. Tendo em vista a estática fetal e outros fatores, já mencionados, pode-se dar seguimento ao parto pela via vaginal. (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO; PEREIRA, 2011; PEREIRA; CUNHA; MONTENEGRO, 2009).

Segundo Montenegro, Braga e Rezende-Filho (2011), considera-se o início do TP quando está presente um dos seguintes critérios: dilatação de no mínimo 2 cm, saída do tampão mucoso, rompimento da bolsa amniótica e contrações regulares e dolorosas. Entretanto recomenda-se a internação para o parto na presença de 4 cm de dilatação, quando a fase ativa do primeiro período já se estabeleceu (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

O TP é um evento anátomo-fisiológico e psicológico que se divide em quatro períodos: dilatação (primeiro período), expulsivo (segundo período), dequitação (terceiro período) e período de Greenberg, que é o quarto e último período. O ápice do trabalho de parto se dá ao final do segundo período com a saída do feto. Diz-se que o primeiro período inicia com 2 cm e termina com a dilatação total da cérvix com 10 cm (MONTENEGRO; BRAGA; REZENDE-FILHO, 2011).

O estágio expulsivo inicia assim que se atinge 10 cm de cérvix-dilatação e finaliza com o nascimento do feto. Em seguida, na dequitação, também denominada secundamento, ocorre a extrusão da placenta e das membranas fetais. Por fim o quarto período se caracteriza pelo período até a primeira hora pós-parto, com a finalidade de controle hemorrágico genital materno (BRASIL, 2001; RICCI, 2008c).

O motor fundamental do trabalho de parto e parto são as contrações uterinas. Inicialmente começam espaçadas, com fraca intensidade e um pouco irregulares. Nos dois primeiros estágios as contrações são muito dolorosas, entretanto a partir do terceiro estágio passam a ser indolores ainda que perceptíveis. Simultaneamente a evolução do TP o intervalo entre contrações diminui, aumentando a regularidade e a intensidade. No final do primeiro estágio, próximo a dilatação total, ocorre em média 4 a 5 contrações em cada 10 minutos (SOUZA, 2015).

Vários hormônios hipofisários, uterinos e hipotalâmicos estão envolvidos na fisiologia do TP verdadeiro. Estrogênio, hormônio liberador de corticotrofina (CRH), prostaglandinas e ocitocina promovem contrações uterinas. Antes do início do trabalho de parto, ainda ao fim da gestação, o CRH junto ao estrogênio aumenta a sensibilidade do útero a prostaglandinas e a ocitocina. O CRH ainda estimula indiretamente a síntese de estrogênio pela placenta e membranas fetais através do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) (BERNE; LEVY, 2009).

A promoção das contrações se dá devido a ação principal da ocitocina e secundária das prostaglandinas no primeiro e segundo períodos do TP. No final da gestação as mudanças hormonais possibilitam outras alterações fisiológicas que visam preparar o organismo materno para o TP. O aumento dos níveis de estrogênio, por exemplo, hipersensibiliza a musculatura uterina à ocitocina e aumenta as taxas de prostaglandinas (GUYTON; HALL, 2011b).

Ao longo da gestação, desde o primeiro trimestre ocorrem contrações irregulares, indolores e espontâneas, conhecidas como contrações de Braxton-Hicks. Esta tem por função preparar tanto o corpo materno, ao promover, progressivamente, o amolecimento do colo uterino, como o feto para as contrações verdadeiras, dolorosas e regulares, do TP. Com a proximidade do termo e logo do parto, em torno das 36 semanas, essas contrações se intensificam e se menos espaçadas, podendo ser confundidas com o início do TP (RICCI, 2008b).

A sensação dolorosa das contrações é promovida majoritariamente pela ocitocina, logo, quanto maior sua concentração na circulação sanguínea uterina materna mais severa será a dor e mais perto o feto estará de nascer. É importante frisar que a dor é subjetiva e pessoal, não dependendo somente de aspectos fisiológicos, mas variando com a individualidade constituinte de cada mulher (BERNE; LEVY, 2009; BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

A ocitocina, liberada pela neurohipófise devido ao estímulo da dilatação cervical e ao decréscimo dos níveis de progesterona, provoca contrações uterinas e sintetiza ainda mais prostaglandinas, as quais provocam contrações secundárias no útero. Quanto mais contrações ocorrem, mais surgirão, pois esse mecanismo é controlado por um feedback positivo. Estas contrações, sentidas majoritariamente na região lombar, aliadas a pressão da cabeça fetal promovem a dilatação do colo uterino e a progressão do feto pelo canal de parto. Sem contrações não há parto normal (BERNE; LEVY, 2009; RICCI, 2008c).

A progressão fetal pelo canal do parto pressiona o trajeto e provoca o estiramento de seus músculos e articulações. Esse se caracteriza por ser uma lesão em potencial, que a cada vez que ocorre estimula a reação nociceptiva local através da liberação, neste caso, de prostaglandinas que aumentam a sensação dolorosa e a motilidade uterina (BERNE; LEVY, 2009; GUYTON; HALL, 2011b).

As contrações ainda promovem o deslocamento do eixo pélvico através do encurtamento dos ligamentos redondos, trazendo o fundo uterino para mais próximo da pelve. A ação das prostaglandinas, produzidas pelo miométrio e pelas membranas fetais, promove as primeiras contrações que dão início ao TP. No período expulsivo e na dequitação predomina a ação da ocitocina (GUYTON; HALL, 2011b; MONTENEGRO; BRAGA; REZENDE-FILHO, 2011).

O trajeto do parto se dá através da pelve materna até o vestíbulo vaginal. Incluem-se nele os ossos pélvicos – íliacos direito e esquerdo, sacro e cóccix, além do colo uterino e do canal vaginal. Os ligamentos pélvicos, sob efeito da relaxina, promovem uma distensão nos ossos pélvicos, mas ainda sim eles possuem distensão limitada. Com isto, para que ocorra o parto, o feto deve se adequar aos diâmetros, superiores e inferiores, da pelve ao longo de sua descida (GALÃO; SALAZAR; FREITAS, 2011).

A pelve é um osso aberto, por assim dizer, onde podemos denominar os diâmetros superiores como entrada da pelve e os diâmetros inferiores como plano de saída da pelve, sendo este o que mais influi na progressão do feto para diante no canal de parto. Os principais diâmetros superiores são o transversal, oblíquo e o diagonal, medindo, respectivamente, em média, 13 cm, 12,5 cm e 12 cm (NETTER, 2011).

Já os principais diâmetros da abertura inferior pélvica constituem-se do anteroposterior e o transversal, medindo, respectivamente, em média, 9,6 a 11,5 cm e 11 cm. O diâmetro anteroposterior é a saída da pelve e varia em sua dimensão de acordo com a flexibilidade do osso cóccix. Esta abertura inferior possui grande importância para o mecanismo do parto, visto que são a esses cm que o feto deve se ajustar para nascer (NETTER, 2011).

A relação entre esses diâmetros e os do feto é denominada proporção fetopélvica. Ela influi no transcorrer mais doloroso ou não da saída do feto, ou seja, no mecanismo do parto. Este ocorre durante o segundo estágio do trabalho de parto que envolve uma etapa passiva e uma ativa, na qual o feto é expulso. Ele é compreendido como os movimentos passivos realizados pelo feto para ajustar sua posição aos diâmetros da pelve materna. Neste momento, os diâmetros da cabeça se reduzem graças à fontanela bregmática que permite a aproximação das suturas craneanas que a delimita (RICCI, 2008c).

Os movimentos são denominados tempos e podem ser divididos da seguinte forma: insinuação, descida, flexão, rotação interna, desprendimento e rotação externa. Uma forma de avaliar a progressão da altura da apresentação fetal é por meio do plano de DeeLee. Este é composto de 4 graus positivos e negativos além da linha zero e indica a altura da apresentação fetal. Ao alcançar o plano zero diz-se que o feto encaixou, insinuou, evidenciando a proximidade do parto (GALÃO; SALAZAR; FREITAS, 2011).

A insinuação, a qual se caracteriza pela passagem do maior diâmetro da apresentação fetal pelo plano zero de DeeLee através da flexão ou deflexão da cabeça fetal, que alinha suas suturas sagitais ao diâmetro transverso da pelve materna. Esse movimento de flexão ou deflexão na apresentação de vértice ou bregmática, respectivamente, permite que o feto mude do diâmetro occiptofrontal para o subocciptobregmático, repousando, ao fletir a cabeça, o queixo na face anterior do tórax (RICCI, 2008c).

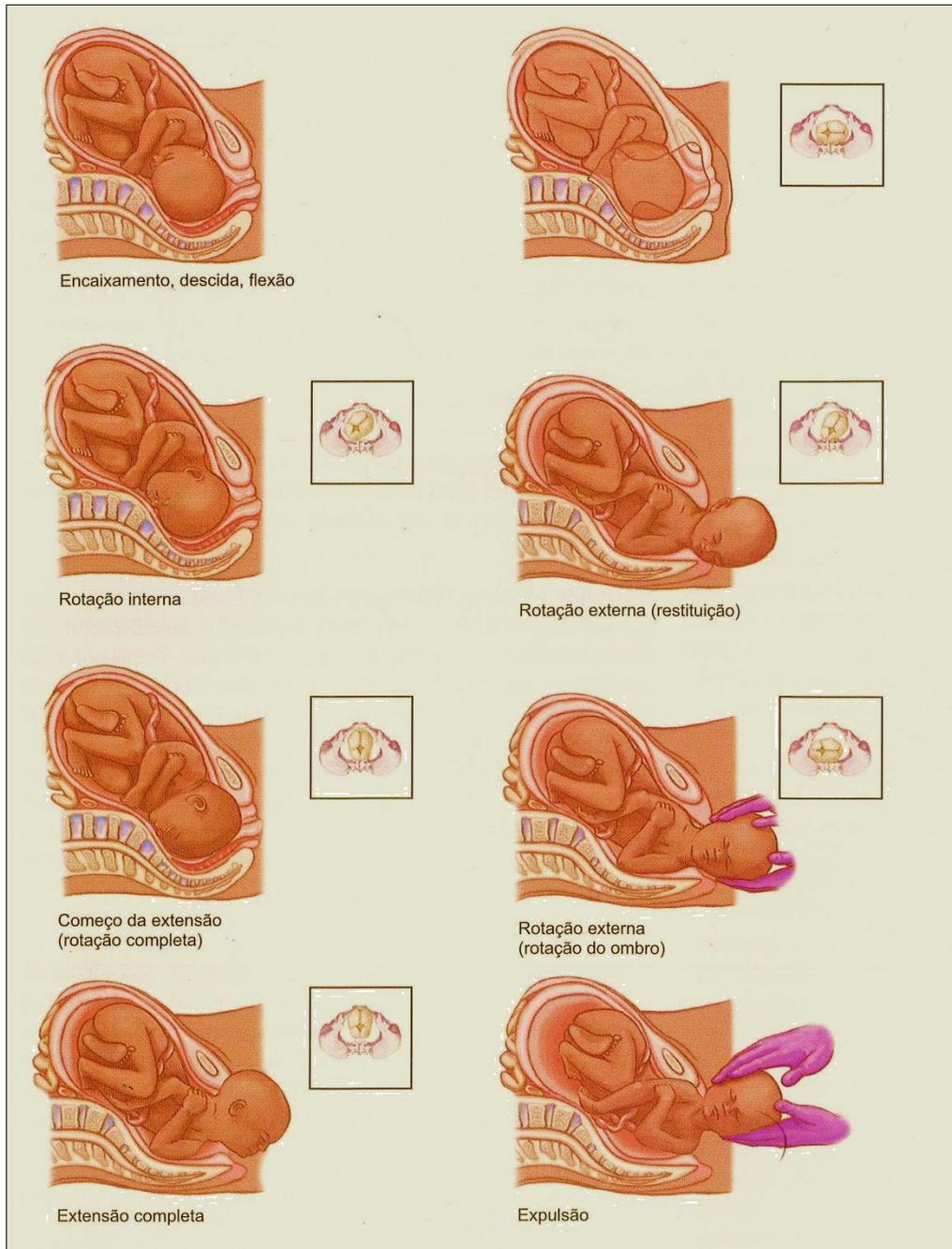
Segundo Ricci (2008c), a descida é todo o progresso do feto do útero pelo canal de parto até a sua expulsão total. Após a insinuação, ocorre rotações interna e externa, conforme a progressão do parto exige. Primeiramente ocorre a rotação interna da cabeça, em torno de 45° , que reduz ainda mais o diâmetro cefálico, possibilitando a expulsão desta pelo vestíbulo vaginal, através da equiparação dos diâmetros ântero-posterior da cabeça fetal e da pelve materna. Esses movimentos decorrem devido à ação das contrações e da pressão abdominal que conduzem o feto para diante no canal de parto (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO; PEREIRA, 2011; RICCI, 2008c).

Após a rotação interna completa, ocorre a saída da cabeça fetal. Esta ocorre simultaneamente à rotação externa das espáduas, que proporcionam a adequação do diâmetro biacromial, que tem em média 12 cm, ao diâmetro ântero-posterior do vestíbulo vulvar, através do aconchegamento dos ombros. Logo após isto desprende-se primeiramente o ombro anterior e logo após, flete-se lateralmente o tronco e saí ombro o posterior. Seguido a isto, saem o resto do corpo fetal com facilidade (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO; PEREIRA, 2011; RICCI, 2008c).

De modo geral, pode-se resumir o mecanismo do parto em insinuação, rotação interna em 45° da cabeça fetal, seguida de progressão para a saída da mesma, rotação externa com a saída da cabeça fetal e retorno à posição fetal original e, simultaneamente rotação interna das espáduas, seguida do desprendimento destas

e do resto do corpo fetal (GALÃO; SALAZAR; FREITAS, 2011). A figura abaixo ilustra este mecanismo.

Figura 02 – Mecanismo do parto normal



Fonte: RICCI, 2008c, p. 279.

Após o parto, inicia-se o terceiro estágio do trabalho de parto, onde ocorre a dequitação, que é a saída da placenta e das membranas fetais. Após este processo, tem início o quarto período do TP no qual ocorrem a miotamponagem e a

trombotamponagem, que realizam um controle hemorrágico junto às contrações que retraem o útero formando o globo de segurança de Pinard. Esse último estágio do trabalho de parto, conhecido também como puerpério imediato, dura, em média, uma hora após o parto e é fundamental para a reabilitação adequada da puérpera (BRASIL, 2001).

A parturição exige, ainda, do organismo materno mais adaptações, em especial no que concerne aos sistemas cardiovascular, respiratório e músculo esquelético. Verifica-se, também, um padrão respiratório arritmico em alguns momentos do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto acompanhado de esforço respiratório. Com a proximidade do parto, os músculos abdominais se contraem junto às fibras do miométrio auxiliando no progresso do feto pelo canal do parto (RICCI, 2008c).

Todas essas alterações desencadeadas pelos hormônios da parturição, em especial ocitocina, endorfinas, adrenalina, promovem também instabilidade emocional. Medo, alegria, aflição, insegurança, necessidade de privacidade são algumas das sensações que permeiam a figura materna durante o processo parturitivo. A postura da mulher reflete como está seu interior e influi no decurso do trabalho de parto. Um exemplo disto é o aumento na PA desencadeado pela posição materna e principalmente pelo estado emocional ansioso da mãe (SOUZA, 2015; PICON; SÁ, 2005).

2.1.3 Fisiologia da dor

Esta parte do trabalho refere-se a dor que segundo Lopes (2003), consiste em um tema de grande complexidade e difícil avaliação. Vários autores propõe sua definição:

A dor tem sido considerada uma experiência sensorial e emocional subjetiva desagradável, difícil de quantificar e qualificar. É um fenômeno complexo, derivado de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas, e que pode ser modificado pela memória, pelas expectativas e pelas emoções dos indivíduos [...] (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011, p. 142).

A dor é um mecanismo protetor do organismo que atua como alerta quanto à existência ou probabilidade de ocorrência de uma lesão. Sua percepção é muito individual e carrega traços psicológicos, emocionais, sociais e culturais. A sensação

dolorosa pode ser entendida como um evento incômodo de percepção psicossomática única e pessoal (GUYTON; HALL, 2011c; RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010).

Segundo Brunner e Suddarth (2014b), a dor é categorizada de acordo com sua delimitação, duração e causa, diferenciando-se ainda o tipo de dor – crônica, aguda ou oncológica. De modo geral a dor crônica é definida por duração de mais de 6 meses, causa idiopática na maioria dos casos e difícil resolubilidade, transforma-se em um problema próprio que pode incapacitar o indivíduo de várias modos.

A dor aguda caracteriza-se por início inesperado, etiologia específica e detectável, indicando que há um dano tecidual. Sua duração é de até seis meses, mas geralmente em poucas semanas cessa-se, pois curando-se a etiologia cura-se a dor. A dor aguda torna-se crônica quando o período predito para sua cura é ultrapassado, independentemente se há mais de 6 meses ou não (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b; KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

Compreende-se a fisiologia da dor como uma reação regulatória fisiológica onde o organismo visa identificar a etiologia da mesma e solucioná-la. Para tal os sistemas nervosos periférico, central e autônomo atuam em conjunto na transmissão e tradução do impulso elétrico inicial. Peças primordiais para essa condução são os nociceptores, que são receptores neurais sensitivos que captam os mais diversos estímulos deletérios (GUYTON; HALL, 2011c).

Os nociceptores contemplam muitas ramificações livres que estão espalhadas por todo o corpo, especialmente na pele, o que aclara a presença de sensação dolorosa em várias, se não todas, partes do corpo seja por inervação direta ou indireta. Os nociceptores ramificam-se sobre a musculatura lisa, tendões, periósteo, artérias, articulações, vasos sanguíneos e mastócitos epiteliais. Seus ramos mais íntimos, situados paralelamente as vértebras da coluna, atingem órgãos internos e as fibras do sistema nervoso autônomo simpático. Graças a essas ligações há alterações vasomotoras, autônomas e viscerais na presença de dor (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

O dano tecidual promove a liberação de compostos provocadores de dor, as substâncias algogênicas, que sensibilizam os nociceptores e os impulsiona a transmitir o estímulo recebido. Histamina, substância P, prostaglandinas,

acetilcolina, bradicinina exemplificam elementos algogênicos. Esta última é uma das principais substâncias que aumentam a sensibilidade dos receptores, sinalizando a ocorrência de qualquer lesão (GUYTON; HALL, 2011c; KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

Os elementos algogênicos além de ampliar a sensibilidade nociceptiva ocasionam alterações cardiovasculares como, por exemplo, vasodilatação e aumento da absorvidade vascular local. Ao nível sistêmico, essas mudanças contribuem para acréscimo ao débito cardíaco, podendo provocar um estresse fisiológico que agrava ainda mais a sensação dolorosa (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

A interpretação e conversão do impulso elétrico nociceptivo em resposta dolorosa ocorre no córtex cerebral, que é o destino final do mesmo. As fibras que conduzem a informação sensorial até a medula variam com o tipo de dor: fibras A-delta mielinizadas conduzem impulsos da dor aguda, rápida, causada por estímulos mecânicos ou térmicos e, fibras C desmielinizadas transmitem informação sobre a dor crônica, lenta, geralmente de etiologia química (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

O sistema nervoso contempla duas vias para modulação da dor: o sistema ascendente e o sistema de controle descendente. Um dano tecidual ativa a via ascendente, que sinaliza para conscientizar o corpo de tal dano através da nocicepção. Esta por sua vez provoca a inibição, ao nível dos cornos dorsais espinhais, do impulso da via ascendente através dos filamentos interneuronais inibitórias da via da descendente. Esta está permanentemente ativa, e essas fibras constituem as junções das duas vias ao nível da medula espinhal (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

Guyton e Hall (2011c), afirmam que o limiar da dor tem íntima relação com a concentração de íons potássio e enzimas proteolíticas na região da lesão, sendo que quanto maior a concentração destes, mais severa será a dor. Enquanto que os níveis de potássio são retílineos à intensidade da dor, as enzimas atuam de forma indireta ampliando a absorvidade das membranas dos nociceptores aos íons potássio, crescendo assim a sensação dolorosa.

A resolução da dor ocorrerá quando o estímulo ou a etiologia que a provocou cessar ou for curada. Por quanto persistir esse estímulo continuará a transmissão nervosa,

especialmente pelas fibras C, junto a sensação de desconforto nauseante que influi nos sistemas cardiopulmonar, diminuindo o fluxo cardíaco e dificultando a manutenção de um padrão respiratório eupnéico (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b; GUYTON; HALL, 2011c).

2.1.3.1 Fisiologia da dor do parto

De acordo com Berne e Levy (2009), a dor relacionada ao TP tem gênese hipotalâmica, uterina, hipofisária e fetal com a liberação de hormônios, neste caso CRH, estrogênio, prostaglandinas e ocitocina, que induzem contraturas rítmicas e dolorosas das fibras musculares lisas do miométrio materno.

Ela pode ser caracterizada de acordo com o período do trabalho de parto como dor aguda, visceral ou somática, de duração breve, com relação inversamente proporcional entre regularidade e intensidade. Ocorrido o parto, cessa-se a dor, ainda que haja ação da ocitocina na circulação materna (GALLO et al., 2011).

As prostaglandinas são sintetizadas pelo miométrio e por membranas fetais e possuem papel fundamental no estopim do trabalho de parto verdadeiro. Estimulam a motilidade uterina, pequenas contrações e, ainda aumentam a sensibilidade nociceptiva das articulações e músculos envolvidos no trajeto do parto à bradicinina quando há estiramentos e pressão sobre o mesmo (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b; KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

Quanto mais estiramentos, maior será a estimulação nociceptiva e mais prostaglandinas serão liberadas e tão logo será maior o estímulo para liberação de ocitocinas, as quais provocam contrações rítmicas que caracterizam a dor da parturição (BERNE; LEVY, 2009).

O estímulo mecânico que o feto gera através da pressão sobre a pelve, colo do útero e estruturas circunvizinhas, aliada a ação dos mediadores químicos e as contraturas do miométrio uterino promove a sensação dolorosa característica da fase dilatadora e da fase expulsiva do trabalho de parto (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

[...]as outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticoides e

catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença) (ALMEIDA et al. apud CANESIN; AMARAL, 2010, p. 430).

Os intervalos contráteis são permeados pela ação analgésica das endorfinas fisiológicas, que promovem sensação de bem estar, conforto, autonomia e esquecimento da dor ocorrida no episódio anterior. A ocitocina é quem aumenta a contratilidade uterina de modo rítmico e com breves intervalos entre si conforme se aproxima o parto (MAZONI; CARVALHO; SANTOS, 2013).

Na dilatação a dor tem características viscerais e relato de localização incerta por parte da parturiente. Nesse estágio, as contrações trabalham junto a progressiva apresentação fetal em prol do apagamento da cérvix, ou seja, o alcance dos 10 cm de dilatação cervical que representa o fim desse estágio e o início do período expulsivo, onde se dará o parto (MONTENEGRO, BRAGA, REZENDE-FILHO, 2011).

A nocicepção tem ação localizada seguindo as contrações e causa desgaste físico e psicológico, mal estar, náuseas dependendo da intensidade da percepção sensorial dolorosa. Os nociceptores localizados no miométrio, nas superfícies articulares intensificam ainda mais a transmissão dessa impressão dolorosa conforme o trabalho de parto progride (GUYTON; HALL, 2011c).

Na fase da dilatação a nocicepção é sentida no sentido ântero-posterior pélvico e costal-lateral abdominal, abordando o fundo do útero presentes na cavidade abdominal. Enquanto que no segundo estágio, a nocicepção repercute sobre o períneo, o canal vaginal e ânus, identificando que o parto está próximo. O sentido das contrações acompanha a localização do objeto, feto, a ser expulso (MAZONI; CARVALHO; SANTOS, 2013).

[...] as vias aferentes, que levam os impulsos dolorosos do corpo, segmento inferior e colo uterino, atravessam os plexos hipogástricos inferior, médio e inferior, ascendem paralelamente à cadeia latero-vertebral do simpático e alcançam as raízes dorsais da medula através dos ramos comunicantes brancos, na altura dos segmentos T10 a L1, conduzindo aos centros superiores os estímulos dolorosos de todo o útero. A dor somática surge com a descida da apresentação. A inervação sensitivo-motora do canal do parto é fornecida pelos nervos pudendos (S2, S3, S4), cutâneo posterior da coxa (S1-S3), sacrococcígeo (S4, S5) e ramo genital do gêmito-femoral (L1, L2) (CUNHA, 2010, p. 600).

2.1.3.2 Aspectos relacionados à resposta dolorosa

Brunner e Suddarth (2014b), p. 228 afirmam que “a experiência sensorial da dor depende da interação entre o sistema nervoso e o ambiente”. O estresse ambiental e interno provocado por diversos fatores sejam eles genéticos, sociais, emocionais ou culturais é uma das causas para a morosidade da cura tecidual e, logo, prolongamento do período doloroso. É importante lembrar sempre que cada dor é única, por que cada indivíduo e sua interpretação dela o são também (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

A ansiedade é um dos fatores que afetam a percepção dolorosa. Se ela estiver ligada a aspectos relacionados a dor, como tempo de duração da dor, morosidade na cura, etc, ela tende a aumentá-la, podendo dependendo do estágio emocional do indivíduo torná-la insuportável. E o contrário também é verdadeiro. Quando a ansiedade está direcionada a outras situações não relativas a dor, ela surte efeito de distração e diminui a sensação de dor (BRUNNER; SUDDARTH, 2014b).

Quanto mais incapacitante ou mais demorada for a dor, maior será a interferência no cotidiano da pessoa. Vivências anteriores com o mesmo tipo de dor podem ser saudáveis, mas ao mesmo tempo por vezes alarmam ainda mais a pessoa e intensificam sua dor. Os aspectos não fisiológicos que interferem na resposta dolorosa passam por uma via de mão dupla, por assim dizer e interferem no limiar de dor e na forma como o indivíduo enfrentará a situação, de forma depressiva ou otimista, por exemplo (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

O trabalho de parto é tem características biopsicossociais e como tal sofre interferência das emoções da paciente, que permeiam o limiar de dor. Foi comprovado que elevados níveis de dor são decorrentes do uso de práticas indevidas, como restrição ao leito, coibição da escolha da posição para parir, administração de fármacos indutores do parto, amniotomia prematura. Todas estas ações relacionam-se frequentemente a posturas recriminatórias, antiéticas e majoritariamente tecnicistas (SOUZA, 2015).

Desta forma, é irresponsável, ao assistir ao alívio da dor do parto negligenciar os aspectos emocionais da parturiente. É importante ter em mente que no momento do trabalho de parto a mulher está frágil, exposta e quase incapaz, se não receber o incentivo necessário, de se impor de forma autônoma. Os profissionais, neste ponto, são as peças-chaves para promoção de um ambiente tranquilo e acolhedor, que vise suprir as necessidades emocionais da mulher. Apoiá-la reduz o nível de ansiedade e

de insegurança, ampliando, em consequência, o limiar de dor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

2.2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

2.2.1 Política Nacional de Humanização

A saúde brasileira desde os primórdios da criação do país vem passando por transformações que visam adequar, de modo geral, a saúde pública às demandas populacionais. O mundo mudou o cenário político e o sistema econômico também e chegamos ao capitalismo, com toda a sua industrialização e demandas emergentes sociais (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

No Brasil não foi diferente. Com a era Vargas e algumas décadas após com o governo de Juscelino Kubitschek, novas tecnologias chegaram de forma massiva em todo o país e em especial na área da saúde. Com isto novos hospitais, mais estruturados, foram formados e outros recursos foram ofertados a saúde pública, em especial, a partir de 1945. As necessidades sociais cresceram e os civis, junto aos profissionais de saúde e outros grupos, começaram a exigir uma reformulação da saúde pública e a extensão de sua cobertura para todos, contribuintes ou não da previdência social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O atual sistema único de saúde (SUS) foi formulado objetivando a assistência a todos os brasileiros de forma gratuita. É um sistema regido por princípios e normas, coordenado, de forma descentralizada que abrange e assiste de forma integral toda a população brasileira, sem distinção de raça ou condição financeira. A lei 8.080 da criação do SUS explicita a preservação de ingresso gratuito aos serviços de saúde para todos (BRASIL, 1990).

As diretrizes do SUS baseiam-se na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a saúde é entendida como bem estar do indivíduo em todos os seus aspectos, sejam eles físicos, sociais, psicológicos, e não somente ausência de doença. O ser humano é enxergado em sua integralidade, onde a combinação de aspectos emocionais, familiares, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e patológicos resulta em um estado de saúde do indivíduo. A OMS inclui o conceito

inerente de qualidade de vida, que deve ser a base para a assistência em saúde (BRASIL, 2008).

As influências, interesses, cenários socioeconômicos e políticos tornaram a assistência em saúde mecanizada, tecnicista e desumana, onde tanto usuários quanto profissionais são desvalorizados e desrespeitados seja pela gestão ou pelos próprios profissionais de saúde. Aliado a isso, há ainda o desgaste profissional e pessoal, a falta de estrutura e recursos e a crescente demanda populacional que desorganiza o sistema. Isto é o que grande parte dos profissionais passa ao se depararem com a realidade fora dos muros acadêmicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Tudo isso acaba, por vezes, desiludindo e até desumanizando os profissionais e gestores, e até mesmo os próprios usuários que, por vezes, refletem em suas atitudes a assistência mecanizada, afastada do humano, que receberam. Com vistas a corrigir isso, o ministério da saúde, em 2004 criou a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão em saúde, a qual tem por função motriz o resgate da essência e qualidade do cuidado e valorização do ser humano (BRASIL, 2004).

Uma assistência humanizada é direito do usuário e dever do profissional de saúde e do sistema fornecer. Vastos são os casos onde se evidencia a desumanização do ser humano enquanto pessoa, enquanto usuário, reduzindo-o a um aglomerado de massa e sistemas com algum desequilíbrio anátomo-fisiológico-patológico. É preciso acolher, ouvir e entender que o assistido é uma pessoa no todo com problemas internos, fisiológicos, mas com vários outros externos que muitas vezes são a gênese dos primeiros (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Segundo a PNH, “[...] Humanizar, é então, ofertar o atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais [...]” (BRASIL, 2004, p. 6). A humanização refere-se às relações sociais profissional-paciente, mas também as estruturas e condições necessárias para o exercício pleno e devido da assistência em saúde com recursos humanos e físicos adequados para as demandas populacionais (BRASIL, 2004).

A PNH deve ser aplicada pelos gestores como uma política transversal, onde a construção das ações se dá de forma coletiva através do aproveitamento das ações resultantes das relações sociais, do papel e condição que cada indivíduo, seja profissional ou usuário, pode ofertar para o sistema, contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento técnico e social (BRASIL, 2008).

Humanizar significa também dividir responsabilidades, ou melhor, fazer com que os diversos atores sociais, profissionais de saúde, gestores e indivíduos, assumam-se como responsáveis pela execução do sistema. Aos usuários, como descrito na PNH, cabe a função de exigir o respeito e a assistência devidos, exercendo sua função de controle social (BRASIL, 2004).

Segundo Waldow (2010a), p.83, “[...] a humanização ocorre pelo cuidado, por ser o cuidado a essência do ser que o torna, assim, humanizado”. O cuidado, em sua essência, só pode ser exercido por alguém que se importe com o outro. Assistir de forma humanizada exige se interessar pelas necessidades do paciente, exige que o profissional se importe com a forma em que ele exerce o cuidar e como esta poderá interferir na saúde e bem estar biopsicossocial do paciente (WALDOW, 2010a).

Com o exposto neste tópico, infere-se a necessidade crescente e urgente da implementação da humanização da assistência de forma geral. Um sistema de saúde que agride através de sua assistência e recursos os profissionais e usuários está fadado ao fracasso, visto que a base de sua estruturação é o ser humano, suas necessidades medicinais e sociais. A saúde é fundamental e por tal necessita de uma assistência que aproxime todos os seus componentes de seu alvo central, o ser humano (BRASIL, 2011b).

2.2.2 Histórico da enfermagem obstétrica no Brasil

A enfermagem surgiu oficialmente como profissão em 1880 a partir de Florence Nightingale, a qual é considerada a mãe da enfermagem moderna. Florence se baseava nos preceitos de humildade, respeito, submissão, cuidado, zelo, caridade, sendo alguns até de cunho religioso. Ela revolucionou a enfermagem, trazendo conceitos e teorias e aperfeiçoando técnicas que lapidaram a assistência de enfermagem, reduziram drasticamente as taxas de mortalidades hospitalares, que se pratica na contemporaneidade (WALDOW, 2010a).

A enfermagem obstétrica preconiza, desde sua gênese, o parto da forma mais natural possível, respeitando os direitos humanos da mãe e do feto a nascer. Entretanto, com a transição dos partos dos domicílios para os hospitais no início do século XIX, predominou a assistência obstétrica fornecida pela classe médica. Com isto, o parto sofreu um processo de medicalização, onde passou a ser um evento controlado, induzido pelo médico e não mais pela mulher e sua fisiologia parturitiva (BRASIL, 2010).

Na antiguidade o ato de parir era visto como algo feminino, sem importância, natural que não exigia formação adequada para a pessoa que assistia, não necessitando assim, de assistência médica. O parto ocorria quase que exclusivamente pela via vaginal e a assistência às parturientes era conferida as parteiras, mulheres que acompanhavam e ajudavam desde o trabalho de parto, parto até o puerpério tardio (WALDOW, 2010a).

O parto pela via, cirúrgica, abdominal, conhecido como cesárea, remonta de vários séculos atrás, entretanto era realizado em raras exceções, nos casos em que a única forma de retirar o feto do útero era através da parede abdominal ou em casos de natureza religiosa, onde a mãe estava morta e o feto ainda vivia intra-útero (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Os partos em domicílio, pela via vaginal, assistidos pelas parteiras, predominaram até o fim do século XIX, mesmo já sendo valorizado pela classe médica, após o advento do fórceps obstétrico no final do século XVI. Devido a vários fatores relacionados a ocorrência de infecções e ao aumento da mortalidade materno-fetal, o parto realizado no ambiente hospitalar, onde predominantemente era cirúrgico, pela via abdominal, ainda não era seguro (LEISTER; RIESCO, 2013; SENA et al., 2012).

A partir de 1900 houve uma migração do local onde ocorriam os partos, indo dos domicílios para os hospitais, permanecendo o parto pela via vaginal. Isso foi consequência do aumento da busca pela assistência médica ao pré-natal e parto em detrimento da fornecida por parteiras e por enfermeiras obstétricas e pelo novo cenário político-econômico-social na saúde que se instaurava, com mais acesso e abrangência à população (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com a industrialização brasileira e os avanços biomédicos quanto às técnicas de analgesia, hemoterapia, cirúrgicas e de controle de infecção, o parto cesariano passou a ser considerado e incentivado como o mais seguro. Graças a isto, o parto passou a ser caracterizado como um “ato cirúrgico”, que pode ser controlado, não dependendo mais exclusivamente da mulher (BRASIL, 2010).

A gravidez, parto e até o período puerperal foram considerados como doença e como tal necessitava da intervenção e assistência da classe médica. Acreditava-se, com exceção da enfermagem e das parteiras, que o parto era um evento meticuloso e perigoso, necessitando ser realizado no hospital e não mais no domicílio, por ser este mais propenso a infecções e complicações materno-fetais devido à inestrutura local e despreparo das parteiras quanto as possíveis intercorrências do evento (SENA et al., 2012).

A partir de 1950 houve um declínio no número de partos normais, mas foram nos últimos 30 anos do século XX que o Brasil vivenciou uma explosão no número de cesáreas, mesmo sendo em muitos casos desnecessária, em detrimento do parto normal e de seus benefícios materno-fetais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008; BRASIL, 2010).

Em 1975 a partir da V Conferência Nacional de Saúde foi preconizado que os partos deveriam ocorrer em ambiente hospitalar, salvo exceções. Pode-se dizer, que, ainda que indiretamente, isto facilitou o aumento no número de cesárias, que têm ocorrência exclusivamente hospitalar (BRASIL, 1975).

Desta forma, o hospital passou a ser caracterizado e divulgado como o único local seguro para o nascimento. Os partos normais passaram a ser vistos pela população com insegurança, como se fossem mais passíveis de complicações e de mortes materno-fetais. Assim, configurou-se um novo cenário obstétrico brasileiro, onde o parto pela via abdominal, apesar de todos os seus riscos, tornou-se a primeira escolha e logo o tipo de parto predominante no país (WALDOW, 2010a).

Os riscos que a realização indiscriminada e desnecessária de cesárias pode vir a trazer para as futuras mães e seus filhos são vários e englobam complicações puerperais, como infecções e abscessos de parede, febre, iatrogenias e intercorrências neonatais, como problemas respiratórios e de prematuridade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

A escolha pelo tipo de parto pode variar até o final da gestação, pois muitos fatores estão implícitos nela. Sabe-se, também, que graças à comodidade fornecida pela cesárea, onde há a possibilidade de se escolher o dia e até a hora do parto, aliada a não necessidade de se esperar o início espontâneo do trabalho de parto e logo as contrações e a dor do parto, a opinião profissional, experiências anteriores, relatos de pessoas próximas sobre a vivência do parto são fatores que permeiam até os dias de hoje a escolha deste tipo de parto pelas futuras mães (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

2.2.3 Legislações e políticas públicas sobre a humanização do parto e nascimento

Desde 1984 o Ministério da Saúde objetiva reduzir o número de partos cesáreas desnecessários através de iniciativas, políticas e programas que retomem o respeito à fisiologia parturitiva, à autonomia e aos direitos reprodutivos da mulher na assistência obstétrica. Um exemplo disto é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 que objetivava a melhoria na qualidade da assistência em todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 1985).

Dentre várias ações, o PAISM reafirmava a necessidade de uma obstetrícia que respeitasse a autonomia e protagonismo da mulher na cena do parto, ratificando que o trabalho de parto e parto são processos naturais da fisiologia parturitiva feminina. Desta forma, a assistência seria como um acompanhamento, proporcionando suporte à mulher, sendo esta, quando possível, a única executora do parto (BRASIL, 1985).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), onde descreve como a assistência ao parto, que inicia no pré-natal, e ao nascimento realmente deve ser. Defender o parto humanizado é permitir que seja realmente o feto a escolher quando e de que forma vai nascer, é reconhecer a gestante como cidadã, pessoa e mãe, fornecendo estrutura e formações para os profissionais para que possam acolhê-la e assisti-la segundo as diretrizes do referido programa, que incentiva o respeito ao direito natural de parir e nascer e de ser humano (BRASIL, 2000).

Desta forma, busca-se a valorização da mulher e de sua autonomia bem como fornecer condições humanizadas para o feto que irá nascer, proporcionando desde o pré-natal uma assistência humanizada que também dê suporte psicológico a gestante para decidir ou não pelo parto normal, pelo parto humanizado. Humanizar o trabalho de parto e parto significa proporcionar a mulher seu direito fisiológico de conduzi-lo, significa respeitá-la enquanto parturiente-puérpera e pessoa (BRASIL, 2002).

Um parto humanizado é onde a mulher assume seu papel com protagonismo e autonomia, tendo o direito de decidir em conjunto com a equipe obstétrica o decurso do trabalho de parto. É ela quem irá determinar qual posição que dar à luz, quem irá lhe acompanhar, se quer se alimentar ou não, se precisa ou não de analgesia, se deseja ou não a episiotomia por exemplo. É ela, a mulher, a protagonista do ato e não o profissional (DINIZ; DUARTE, 2004).

Além de todos os benefícios fisiológicos materno-fetais o parto humanizado proporciona o respeito aos aspectos sociais, psicológicos e emocionais maternos e familiares além da própria integridade física no ato de parir. Uma assistência de enfermagem humanizada torna o momento do parto um evento ainda mais memorável, gera uma boa recordação de um dos momentos mais importantes da vida de uma mãe, o nascimento do seu filho (BALASKAS, 2015a).

No presente século, várias legislações e políticas públicas vêm sendo criadas para incentivar o parto normal e seu processo natural e garantir a manutenção dos direitos humanos referentes à mulher no ciclo gravídico-puerperal, em especial no que concerne ao momento do parto, que em grande parte dos casos, têm sido relatados com horror, devido à assistência tecnicista, que têm provocado inúmeros casos de intervenções desnecessárias e óbitos evitáveis (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Como profissionais de saúde, enfermeiros generalistas, enfermeiros obstetras é fundamental conhecer as legislações que respaldam o exercício de nossa profissão, bem como as que respaldam o exercício de uma assistência mais humanizada, que faz parte da arte do cuidar que é a essência da enfermagem. O respaldo garante o exercício pleno da profissão e instrui quanto às intercorrências evitáveis que o profissional deve-se atentar para não gerar prejuízo para a paciente (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Vários órgãos, como a agência nacional de vigilância em saúde (ANVISA), o conselho federal de enfermagem (COFEN), a agência nacional de saúde suplementar (ANS) e o próprio ministério da saúde (MS) lançaram políticas e legislações quanto à humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e quanto o exercício da enfermagem obstétrica (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). O quadro a seguir contém as principais legislações e políticas referentes a humanização do nascimento.

Quadro 02 – Principais legislações e políticas públicas relacionadas ao exercício da enfermagem obstétrica e à humanização do parto

(continua)

| Ano | Conteúdo/Ementa | Legislação | Órgão Responsável |
|------|---|--------------------|-------------------------------------|
| 1984 | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. | ----- | MS |
| 1986 | Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. | Lei nº. 7.498 | MS – Casa Civil |
| 1987 | Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. | Decreto nº. 94.406 | MS – Casa Civil |
| 1996 | Assistência ao Parto Normal: um Guia prático | ----- | OMS |
| 1999 | Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelos no Sistema Único de Saúde | Portaria nº. 888 | MS |
| 2000 | Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde | Portaria nº. 569 | MS |
| 2005 | Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS | Lei nº. 11.108 | Presidência da República/Casa Civil |
| 2005 | Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. | Portaria nº. 1.067 | MS |
| 2005 | Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS | Portaria nº. 2.418 | MS |
| 2007 | Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde | Lei nº. 11.634 | Presidência da República/Casa Civil |
| 2008 | Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal | Resolução nº. 36 | ANVISA |
| 2011 | Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha | Portaria nº. 1.459 | MS |
| 2014 | Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS) | Portaria nº. 371 | MS |

Quadro 2 – Principais legislações e políticas públicas relacionadas ao exercício da enfermagem obstétrica e à humanização do pré-natal e nascimento.

(conclusão)

| Ano | Conteúdo/Ementa | Legislação | Órgão Responsável |
|------|--|-------------------|-----------------------------------|
| 2015 | Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência à gestantes, parturientes e puérperas | Resolução nº. 477 | COFEN |
| 2015 | Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetiz nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências | Resolução nº. 478 | COFEN |
| 2015 | Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar | Resolução nº. 368 | ANS |
| 2015 | Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. | Portaria nº. 11 | MS |
| 2016 | Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. | Resolução nº. 398 | ANS |
| 2016 | Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana; Incentivo ao parto normal. | Portaria nº.306 | MS. Secretaria de Atenção à Saúde |

Fonte: Adaptado de AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2015, 2016); AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008; BRASIL (1985, 1986, 1987, 1999, 2000, 2005a, 2005b, 2005c, 2007, 2011a, 2014e, 2015a, 2016a); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2015a, 2015b); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996.

2.2.4 Implementação do parto humanizado no Brasil

O atual panorama de saúde reflete o processo de transição e de reafirmação do novo conceito e modelo de atenção obstétrica humanizada. Desde os anos 80 massivamente a OMS, ANS e, principalmente, o Ministério da Saúde, realiza pactos, lança campanhas e legislações que visam reduzir as elevadas taxas de cesáreas e de intervenções desnecessárias, através do incentivo ao parto normal (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

A portaria nº. 306, do Ministério da Saúde, divulgada oficialmente em abril deste ano, expõe a atual taxa de partos cesarianos no Brasil, que gira em torno de 56%, com variações entre os serviços públicos e privados. Mas o panorama está mudando, ainda que por enquanto só na rede pública. Conforme dados recentes do DATASUS (BRASIL, 2016c), entre janeiro e março deste ano, cerca de 464.319 parturientes de baixo e alto risco foram internadas em hospitais e CPN. Destas, cerca de 272.341 tiveram seus filhos por parto normal em ambiente hospitalar (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016c; BRASIL, 2016d).

Apesar do número de partos normais serem maiores que o de cesáreas as taxas destas ainda não estão adequadas aos 10-15% recomendados pela OMS. Isto é um indicativo de como ainda está a assistência obstétrica e sua defasagem quanto as práticas humanizadas, que estimulam e viabilizam a ocorrência natural do parto normal (BRASIL, 2016a).

A luta pela implementação de uma assistência mais qualificada, com ênfase no bem estar e integridade física e moral da mulher, especialmente no período gestacional e parto, nos serviços públicos e privados de saúde, influi também no exercício pleno da enfermagem obstétrica. Esta resgata a humanidade da assistência, visto que a essência do cuidar, que é sua arte, é o ser humano (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016b; WALDOW, 2010b).

Implementar o parto humanizado, tomando-o como modelo de assistência obstétrica é uma tarefa que exige a cooperação de gestores e profissionais de saúde. Estes são a base da humanização da assistência, que preconiza acolher, atender as escolhas da mulher, fornecer a privacidade e acompanhamento que ela necessita e solicita. Garantindo desta forma uma assistência multifacetada a mulher no momento do parto (BRASIL, 2002).

A enfermagem obstétrica, conforme afirmou o COFEN, é essa peça motriz que atua na manutenção do respeito à fisiologia e autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto. Isto se dá devido às ações de enfermagem ser voltadas a fisiologia natural da mulher, as suas reações, respeitando seus direitos e escolhas. Proporcionar autonomia e espaço para que a enfermagem obstétrica exerça seu papel contribui para a redução das taxas de mortes maternas, fetais e neonatais e até para a contenção de gastos com cesáreas e outras intervenções desnecessárias (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015a; BRASIL, 2016b).

A ANS junto ao Hospital Israelita Albert Einstein e ao Instituto Institute for Healthcare Improvement (IHI), com apoio do MS, lançou em 2015 o projeto parto adequado. Nele o parto normal é estimulado, incentivando a espera do início espontâneo do trabalho de parto, sem pré-agendar a data e horário do nascimento. Com esta iniciativa objetiva-se a redução dos riscos, de cesáreas e outros procedimentos desnecessários que aumentam os riscos de morte materna, de complicações e prematuridade fetal, entre outros (BRASIL, 2015b).

Um dos pontos de reclamação da mulher no momento do trabalho de parto é a violência obstétrica, onde a integridade física e moral da mulher são deflagradas por procedimentos invasivos e desnecessários, como a episiotomia ou a própria cesárea por exemplo. Tudo isto ocorre em um cenário social onde já existem desde 1990, legislações que protegem os direitos da mulher e sua autonomia e integridade enquanto pessoa (TESSER, 2015).

A violência obstétrica caracteriza-se pela perda da integridade física e moral da parturiente seja através de procedimentos desnecessários ou pela própria frieza das ações e de verbalizações inadequadas, e até, por vezes, desrespeitosas, dos profissionais em relação às emoções maternas e familiares (RATTNER, 2009).

O respeito e a humanização devem iniciar desde o pré-natal, onde em cada consulta a mulher poderá esclarecer dúvidas, e definir, com tranquilidade, analisando sua saúde e as condições de seu bebê e da gestação, a melhor via de parto para ela. É nesta fase em que a mulher deve receber todas as orientações necessárias sobre o parto normal e a humanização deste. É o momento de desmitificar o medo e horror da dor do parto, transmitindo confiança e reafirmando a naturalidade do processo de parir (BRASIL, 2001).

Em 1999 o Ministério da Saúde criou o centro de parto normal (CPN), locais com estrutura e pessoal preparados para assistir ao parto normal de forma humanizada. Sua gestão é realizada por um enfermeiro obstetra e sua equipe se compõe de enfermeiros obstetras, Obstetrites e técnicos de enfermagem, sendo os partos assistidos, exclusivamente, pelos enfermeiros obstetras e Obstetrites. Pode ainda haver a presença da doula, profissional que acompanha a mulher durante sua gestação, parto e pós-parto, auxiliando-a quando necessário (BRASIL, 2013).

No CPN a assistência aos partos se dá com práticas qualificadas e humanizadas, sendo exercida do parto a alta por enfermeira obstetra ou pela profissional obstetrix. Ele pode se localizar dentro do hospital (intra-hospitalar) ou externamente a ele (peri-hospitalar), distante em torno de 200 metros. Nele são atendidos somente partos de baixo risco e em caso de intercorrências há uma equipe médica preparada especificamente para atendê-los (BRASIL, 2013).

Em 2011, foi criada a rede cegonha, uma rede de cuidados que preconiza uma assistência qualificada e humanizada, voltada aos aspectos biopsicossociais e culturais da gestante. Para isto ela propõe a implementação de um novo modo de assistir, tendo foco na humanização e acolhimento, do pré-natal ao puerpério. Ela propõe ainda a criação em ambiente hospitalar e peri-hospitalar de CPN para assistência de partos normais de baixo, visando a redução de intervenções e complicações desnecessárias e evitáveis (BRASIL, 2011a).

A rede cegonha vem como mais uma iniciativa para transformação do atual contexto obstétrico assistencial com suas elevadas taxas de morbimortalidade materna e de violência obstétrica. Ela ratifica a importância de se humanizar o cuidar, resgatando a essência do cuidar ao valorizar a cultura e a integralidade da pessoa, principalmente no que diz respeito ao parto. Este é um momento único e particular na vida de cada mulher, que acarreta profundas e definitivas transformações físicas e sociais. E como tal a assistência não pode ser fria ou mecanizada (BRASIL, 2013).

2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO PARTO

No que se refere às ações de enfermagem destinadas ao parto, temos um repleto conjunto de atividades. Para reunir atitudes profissionais da ciência do cuidar em prol da qualificação de um parto humanizado, é necessário o direcionamento do órgão regente da saúde. Não estão contempladas posturas improvisadas e desqualificadas. Humanizar a assistência requer sim conhecimento científico acerca das práticas corretas e adequadas ao parto, não é simplesmente cair de pára-quedas no ato do nascer (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006).

Conforme a lei 7.498/86 e o decreto-lei 94.406/87, o enfermeiro está apto a assistir o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. Sendo ainda, em especial, o enfermeiro obstetra respaldado para execução de episiotomia e episiorrafia, com

analgesia local, se for o caso, como exposto também na portaria nº. 743 de 2005 e na resolução do COFEN nº. 477 de 2015 além das legislações já citadas (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; BRASIL, 2005d; BRASIL, 2012b; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015a).

Essas legislações, entre outras, respaldam o exercício da enfermagem obstétrica, evidenciando que este profissional é capacitado e apto para assistir de forma qualificada. Além disto, é comprovado que o acompanhamento do parto por um enfermeiro reduz os gastos hospitalares com procedimentos desnecessários e reduz as taxas de mortalidade materna, por proporcionar e garantir o respeito à autonomia materna, ao tempo do trabalho de parto e sua fisiologia natural, humanizando, desta forma, a assistência ao parto (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015a).

Em se tratando da atuação do enfermeiro no parto não poderíamos deixar de iniciar com a discussão sobre o pré-natal, que segundo o Ministério da Saúde consiste em uma fase determinante para o desfecho saudável da gravidez e do futuro estado de saúde, pós-natal, da vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2014a).

2.3.1 Assistência de enfermagem durante o pré-natal

O período gestacional acarreta várias transformações físicas maternas, mas também, e principalmente, emocionais, psicológicas, sociais e familiares. É nestes aspectos que se faz, também, fundamental a assistência de enfermagem, que proporciona apoio a gestante e a seus familiares. O enfermeiro é chamado a assistir de forma integral e participativa, de acordo com a gênese do cuidar. É chamado a criar vínculos, a estar disponível para ouvir e a respeitar as escolhas pessoais da gestante e seus familiares (BRASIL, 2006).

Cada gestação é um momento particular, único. Mesmo para multíparas, um período gestacional nunca é totalmente igual ao outro, podem ser semelhantes, mas a individualidade do ser ainda intra-útero se manifesta e predomina no decurso do período gestacional. As sensações e emoções da mulher, bem como seu contexto socioeconômico e cultural, também são mutáveis e influenciam no bem-estar gestacional da mãe e do bebê. Por tudo isso é fundamental a percepção ética e humanizada do enfermeiro no pré-natal, promovendo um acompanhamento de

acordo com as necessidades e magnitude desse evento, que dá vida a um novo ser (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência ao pré-natal tem por objetivo promover o bem estar materno-fetal assegurando um adequado decurso gestacional, resultando em um trabalho de parto e parto sem complicações à saúde da mãe e do nascituro, abordando, ainda, aspectos sociais e psicológicos, bem como ações preventivas e educativas. Esse acompanhamento, dentre outras funções, quando realizado com qualidade, é uma eficiente ferramenta para redução das taxas de mortalidade e complicações materno-fetais e neonatais (BRASIL, 2012b).

O risco gestacional deve ser avaliado a cada consulta de pré-natal. Gestantes que possuem doenças ou agravos pré-existent, assim como as que desenvolvem situações ou contraem doenças sexualmente transmissíveis (DST) que podem debilitar e aumentar o risco de morbimortalidade materna e/ou fetal durante o período gestacional são classificadas como gestantes de alto risco. As demais gestantes que não se enquadram nessa classificação são diagnosticadas como gestantes de baixo risco (BRASIL, 2012a).

No quadro abaixo estão listadas situações que classificam as gestantes como alto ou baixo risco, segundo recomendações do Ministério da Saúde:

Quadro 03 – Situações que influem no risco gestacional

(continua)

| BAIXO RISCO | ALTO RISCO |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ocupações que gerem estresse, demasiado esforço físico, elevada carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, biológicos e químicos; • Relação familiar insegura/instável; • Rejeição da gravidez; • Relação conjugal instável; • Baixo nível de escolaridade (menor que 5 anos de estudo regular); • Situação ambiental desfavorável; • Estatura inferior a 1,45m; • Baixo peso, sobrepeso ou obesidade comprovados por meio de IMC; • ITU; • Anemias; | <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres portadoras de patologias cardíacas, endócrinas (principalmente diabetes e distúrbios da tireoide), pulmonares e renais graves (incluindo transplantadas renais), autoimunes, hematológicas e ginecológicas; • Doenças psiquiátricas que necessitam e acompanhamento regular; • Hipertensão arterial crônica e/ou PA maior que 140/90mmHg com utilização de anti-hipertensivo antes de 20 semanas de gestação; • Histórico anterior de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; • Portadoras de ISTs, como hepatites, toxoplasmose, HIV, sífilis terciária, etc; |

Quadro 03 – Situações que influem no risco gestacional

(conclusão)

| BAIXO RISCO | ALTO RISCO |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ganho ponderal inapropriado. • Histórico da gestação anterior que inclua: • Neonato com crescimento restrito; • RN pré-termo ou malformado; • Macrosomia fetal; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; • Intervalo entre partos <2 anos e >5 anos; • Nenhuma gravidez; • Cinco ou mais partos anteriores; • Cirurgia no útero anterior; • Três ou mais partos cesáreas. | <ul style="list-style-type: none"> • Usuárias e dependentes de drogas lícitas e ilícitas; • Hanseníase, tuberculose e demais agravos ou patologias que necessitem acompanhamento contínuo especializado. • Gestantes que apresentem feto com crescimento restrito, poli ou oligodrâmio, gravidez gemelar, com malformações ou arritmias e desenvolvam distúrbios hipertensivos e/ou diabetes mellitus; • NIC III; • Desnutrição materna grave; • ITU recorrente e/ou 2 ou mais episódios de pielonefrite (referenciar para reavaliação); • Obesidade mórbida ou baixo peso (solicitar avaliação nutricional); • Rubéola, proteinúria comprovada laboratorialmente; • Casos suspeitos de câncer de mama, entre outras situações que aumentem o risco de complicações maternas e fetais durante o período gestacional. |

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012b.

O acompanhamento da mulher grávida deve ser iniciado o mais precocemente possível e terminar somente 42 dias após o parto, já no período de puerpério. Uma gestação tranquila, culminando em um parto saudável depende, dentre outros, de um pré-natal de qualidade. Nele é possível identificar, monitorar e, por vezes, corrigir possíveis problemas na gestação, como o desenvolvimento de diabetes, hipertensão e hipotireoidismo gestacional, bem como anormalidades na estrutura placentária, como placenta prévia, e com a saúde fetal (BRASIL, 2006).

Para que se chegue a um parto normal humanizado é fundamental a conscientização da gestante quanto aos seus direitos, às informações sobre o que é e como ocorre um parto humanizado. O pré-natal é o período ideal para sanar as dúvidas e inseguranças quanto ao parto, principalmente o parto normal, e o pós-parto e definir, baseado na anatomia da pelve obstétrica, nas condições maternas e fetais e na escolha materna, qual a melhor via de parto (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo a primeira, preferencialmente, até 12 semanas e as três últimas durante o terceiro trimestre. Isto possibilita uma assistência integral a gestante, permitindo a identificação de possíveis problemas e tão logo sua resolução. O acompanhamento gestacional é realizado até o fim do período intrauterino fetal, após isto se darão as consultas puerperais e neonatais (BRASIL, 2000).

O pré-natal ocorre ao nível da atenção primária, comumente, nas unidades básicas de saúde, que são as portas de entrada ao SUS. É um serviço gratuito, universal e de direito de toda gestante. O serviço de saúde local tem o dever de realizar busca ativa, registrar e assistir a todas as gestantes da sua região. É de responsabilidade da gestão da unidade também a administração dos recursos financeiros para fornecer a estrutura e os materiais necessários para o acompanhamento adequado e de qualidade, por parte dos profissionais e equipe de saúde, à gestante (BRASIL, 2012b).

Competem ao enfermeiro, exclusivamente e enquanto membro de equipe multiprofissional, as seguintes ações na assistência ao pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b, p. 47):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; o Realizar testes rápidos; o Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); o Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; o Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; o Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012b, p. 47).

Uma das principais ações durante o pré-natal é o registro da evolução e dos dados sobre o estado de saúde materno-fetal na caderneta da gestante, a qual deve ser entregue a gestante já na primeira consulta e levado a cada acompanhamento. Ela contém o cartão da gestante, onde esses dados devem ser registrados, além de diversas orientações sobre planejamento familiar, amamentação, recuperação pós-parto, cuidados com o bebê, direitos da gestante, sinais do trabalho de parto entre outros (BRASIL, 2016b).

A 3ª edição da caderneta lançada em março deste ano traz, ainda, informações sobre os benefícios do parto assistido por enfermeira obstetra ou por obstetrix, além de orientações sobre doenças, como sífilis, zika, dengue, entre outras. É um material rico que esclarece dúvidas e facilita a comunicação do estado da gestação entre os diversos profissionais de saúde dos serviços obstétricos (BRASIL, 2016b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), para que a assistência ao pré-natal seja dita de qualidade é necessário que os serviços da rede básica de saúde do SUS cumpram os seguintes passos:

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).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012b, p. 38).

O enfermeiro, dentre outras funções, promove educação em saúde. Ele orienta a gestante, bem como seus familiares e o pai da criança, quanto às modificações

comuns da gestação, à parturição, à amamentação e, quanto aos cuidados puerperais e ao recém-nascido. Estudos comprovam a importância do envolvimento do pai em todas as etapas do ciclo gestação-puerpério, evidenciando que esse acompanhamento é fundamental para a confiança e tranquilidade da mulher frente a todas as transformações que lhe são exigidas durante esse período (BRASIL, 2012b; PERDOMINI; BONILHA, 2011; TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

É importante frisar também a importância do acompanhamento pós-natal na unidade de saúde. Deve-se enfatizar que além do suporte ao aleitamento, aos cuidados iniciais ao recém-nascido, como vacinas, testes, entre outros, as consultas puerperais são fundamentais para que a equipe de saúde possa detectar e solucionar o mais prontamente possível os possíveis problemas ou complicações que se apresentem na saúde da mãe e do filho seja problemas físicos, sociais ou psicológicos, como a depressão pós-parto (BRASIL, 2013).

Até os dois anos de idade o acompanhamento na unidade de saúde é crucial para o melhor desenvolvimento da criança. É preciso que desde a vinculação da gestante ao serviço de saúde local o enfermeiro a assista de forma integral e tenha uma visão biopsicossocial. Além disto, é fundamental a criação de um vínculo de confiança, que deve se estender até as consultas puerperais (BRASIL, 2013).

Com o exposto, infere-se que um bom e qualificado pré-natal diminui as taxas de mortes e complicações materno-fetais e perinatais e, estimula a escolha pelo parto normal de forma segura e autônoma. Além de que proporciona o suporte biopsicossocial para a gestante e seus familiares em um momento de profundas transformações sociais e pessoais (GOMES, 2010; BRASIL, 2014a).

2.3.2 Descrição das ações gerais da assistência de enfermagem ao parto

O parto é um evento biopsicossocial que modifica de forma definitiva a vida da mãe, do pai, de seus familiares. Além do suporte profissional, o enfermeiro deve fornecer apoio e preparo psicológico para todos esses indivíduos, auxiliando nas transformações emocionais que o evento do parto provoca. Nele nascem à maternidade e a paternidade, dons divinos e irrevogáveis que exigem amor, superação e perseverança, que provocam uma capacitação interior para cuidar, para

amar, para educar, que transformam um casal em uma família (CANELLA, 2011; BRASIL, 2013).

O feto atinge o termo em torno das 37-38 semanas, sendo comum o parto ocorrer entre 37 a 42 semanas. Recomenda-se que gestantes na 41ª semana que ainda não iniciaram o trabalho de parto de modo espontâneo, sejam direcionadas ao serviço obstétrico mais especializado para promoção da indução do trabalho de parto (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012b).

De acordo com a definição da OMS, parto normal é todo parto:

[...] de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 9).

Cada fase do trabalho de parto, bem como o pré-parto e pós-parto, inferem ações específicas de enfermagem, que visam à promoção de uma assistência humanizada, centrada na autonomia, protagonismo, escolha e privacidade da mulher. O enfermeiro pode assistir de forma direta, como executor da assistência ao parto, ou indireta, como parte da equipe de um médico obstetra. A postura do enfermeiro deve transmitir tranquilidade e segurança, proporcionando mais um ponto de apoio à parturiente (BRASIL, 2012b).

Para melhor discussão, vamos descrever as ações na assistência ao parto que competem ao enfermeiro. A participação ativa e exercício autônomo deste profissional contribui de forma efetiva para o decurso natural do trabalho de parto, na identificação das demais necessidades da parturiente e aos momentos em que intervenções, realmente, se fazem necessárias (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

2.3.2.1 Admissão da gestante no local do parto

As gestantes que recebem orientações no pré-natal sobre como identificar os sinais que sinalizam o início do trabalho de parto chegam aos serviços obstétricos mais tranquilas e evitam idas e vindas desnecessárias e internações precoces. O vínculo precoce a maternidade onde será o parto, ainda no pré-natal, também evita o trânsito desnecessário entre hospitais a procura de vagas, pondo em risco o bem-

estar da mãe e seu filho pela demora no acolhimento e atendimento (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013).

Internações precoces, na maioria dos casos, determinam devido à assistência técnica, um limite de tempo para o parto ocorrer. Desta forma, o decurso fisiológico do trabalho de parto será permeado por ações e intervenções muitas vezes desnecessárias, por vezes iatrogênicas, que podem gerar prejuízos físicos e emocionais a curto e longo prazo a saúde de mãe e filho. Assistências assim ratificam o medo do parto normal, ainda mais se forem acompanhadas de posturas profissionais (MARTINS-COSTA et al., 2011).

A recomendação é de que se admita as gestantes com no mínimo 4 cm de dilatação cervical, estando o feto e a mãe com boa vitalidade. O número, intervalo e duração das contrações também são bons indicadores e não dependem de um profissional para verificá-los. Quando as contrações estão ocorrendo de 4/4 minutos e/ou durando no mínimo 45 segundos, por exemplo, é o momento certo de ir para a maternidade (DINIZ; DUARTE, 2004).

Inicialmente, quando a gestante chega à maternidade ou hospital em trabalho de parto, ela e seus acompanhantes devem ser acolhidos. Após a classificação do risco obstétrico, ela é admitida no serviço. O enfermeiro do setor então acompanhará a gestante até a sala ou quarto de pré-parto, onde as gestantes irão esperar até a fase expulsiva do trabalho de parto, ou ao quarto de parto humanizado, pré-parto, parto e pós-parto (PPP) se houver no local (GOMES, 2010).

O risco obstétrico avaliado na admissão determina o tipo de assistência e o profissional que deverá assistir ao trabalho de parto. Algumas situações já presentes no momento da admissão inviabilizam o parto vaginal, como, por exemplo, primeiro feto gemelar em apresentação não cefálica, gestantes HIV positivas e/ou co-portadoras de HIV e hepatite C, e mulheres que tenham cicatriz longitudinal no útero decorrente de cesariana anterior (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016b).

Gestantes têm direito a vaga em qualquer serviço obstétrico que procurem, mesmo que não seja ao qual ela foi vinculada durante o pré-natal. No caso disto ocorrer, o serviço deve acolhê-la, realizar a classificação de risco e admiti-la se for o caso. É fundamental evitar a peregrinação da gestante entre os diversos serviços de saúde

obstétricos, pois isto aumenta o risco de morbimortalidade materna e fetal. Se não for possível atendê-la a central de regulação deve encaminhá-la, então, para outro serviço para a internação, sendo seu traslado responsabilidade da central (BRASIL, 2013).

É importante questionar a gestante quanto a pessoa escolhida por ela para acompanhá-la durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Conforme a lei nº. 11.108 de 2005, é direito da gestante ter um acompanhante durante a parturição e no período de pós parto imediato, sendo o local responsável por acolhê-lo, com recursos estruturais e humanos, em todos os serviços de saúde do SUS e de seus conveniados (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2016b).

O enfermeiro deve analisar o cartão da gestante, tomando conhecimento do estado de saúde materno-fetal gestacional. É importante questionar a gestante quanto à saída de líquido e/ou sangue pela vagina, a intensidade, duração e intervalo das contrações, entre outras informações. Tão logo, deve-se direcionar a gestante para os demais procedimentos que visam determinar, junto aos dados colhidos, se ela está ou não em trabalho de parto verdadeiro (GOMES, 2010).

O enfermeiro de acolher a gestante e seus familiares, assumindo uma postura de escuta ativa, tranquilidade, segurança e humanização, buscando criar vínculo com esses indivíduos. Coleta-se um histórico direcionado ao bem estar materno, gestacional e fetal, além de dados sobre a história obstétrica, de saúde e de possíveis patologias, entre outros. Logo após, realiza-se um exame físico, buscando averiguar o estado clínico e obstétrico da mulher, verificando inclusive os sinais vitais maternos (GOMES, 2010).

Faz-se monitoramento dos movimentos e dos batimentos cardíacos fetais (BCF), toque vaginal, o qual esclarece quanto à identificação e progressão da dilatação cervical, bem como presença de sangue ou outros líquidos e secreções na vagina e apresentação fetal. Realiza-se também a manobra de Leopold para identificar a estática e altura da apresentação fetal. Se confirmado o trabalho de parto verdadeiro, inicia-se a assistência aos estágios do trabalho de parto, propriamente dito. É importante destacar que o toque vaginal deve ser realizado somente durante as contrações, nunca no intervalo entre elas (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

2.3.2.2 Assistência durante os estágios do trabalho de parto

De acordo com o Ministério da Saúde, diz-se que a gestante está em trabalho de parto verdadeiro quando esta apresenta no mínimo 4 cm de dilatação cervical e contrações uterinas regulares. Dilatações de até 3 cm caracterizam a fase latente do trabalho de parto, não sendo indicativo para internação. A percepção sensorial do trabalho de parto varia de mulher para mulher, logo, cabe ao enfermeiro saber acolher as dúvidas e incertezas, tranquilizando e orientando a gestante quanto a este processo e sua naturalidade (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Algumas mulheres podem sentir desconfortos, como náuseas, diarreia, tonturas, cefaléia e em alguns casos até tremores. As sensações do período que antecedem ao estabelecimento do trabalho de parto apesar de serem comuns, variam de mulher para mulher, sendo, inclusive, específicas de gestação para gestação. Ao início do trabalho de parto verdadeiro é fundamental para a mulher o apoio por parte de sua família e dos profissionais que a assistem. A presença de uma pessoa querida, sem ser da equipe profissional, ao seu lado reforça sua confiança e sensação de segurança, contribuindo para uma experiência mais agradável do momento do trabalho de parto (SOUZA, 2015).

A duração do trabalho de parto e até de seus estágios é variável. Em multíparas, mulheres que já tiveram ao menos um filho, o TP geralmente pode durar até 12hs. Já em nulíparas, mulheres que estão tendo seu primeiro filho, a duração pode ser de até 18hs, sendo que alguns autores consideram a normalidade até 24 horas (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Durante todo o trabalho de parto a temperatura deve ser aferida de 4/4hs, atentando-se para possíveis riscos maternos e perinatais. Além disto, deve-se monitorar intermitentemente o estado fetal através do BCF, dos movimentos fetais no abdômen materno, estes até que ocorra o parto, bem como outros sinais vitais maternos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O risco obstétrico deve ser reavaliado continuamente a fim de identificar possíveis falhas que venham a comprometer o prosseguimento do parto pela via vaginal e aumentem o risco de morbimortalidade perinatal e pós-natal de mãe e filho.

Situações onde haja placentas prévias centro-total e centro-parcial junto a sangramentos vaginais contínuos e intensos, acretismo placentário e, infecção primária no 3º trimestre, no momento do parto ou recorrente de herpes simples contra indicam o parto normal (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016b).

Haddad e Cecatti (2011), ainda incluem os casos de:

- Descolamento da placenta acompanhado de intenso fluxo hemorrágico vaginal, nascituro vivo ou com alterações em seu BCF e cérvix inviável para parto vaginal;
- Rotura uterina;
- Gestantes apresentando pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia que não entrem em trabalho de parto espontâneo e não haja possibilidade de induzi-lo em até 24 horas após os sintomas da pré-eclâmpsia e 12 horas em eclâmpsia;
- Distócias que inviabilizem ou tornem o parto vaginal obstruído.

A assistência prestada deve ser permeada por ações que promovam o acolhimento, a autonomia e empoderamento da parturiente. É fundamental a postura dos profissionais quanto ao incentivo às práticas humanizadas, que reduzem o estresse materno-perinatal e o número de intervenções desnecessárias e de possíveis iatrogenias. A mulher, durante todo o processo do trabalho de parto, principalmente no que se concerne aos cuidados no 1º e 2º períodos, deve ser incitada a assumir seu papel protagônico, com autonomia e autoconfiança (BALASKAS, 2015a).

O trabalho de parto compõe-se de quatro períodos, na seguinte ordem, dilatação, expulsão, dequitação e puerpério imediato. O primeiro e segundo períodos, dilatação e expulsão, respectivamente, abrigam, ainda, cada um, uma fase latente e uma fase ativa. O limítrofe entre a fase latente e ativa do 1º período basicamente constitui-se com a medida da dilatação, onde, na 1ª, a menos de 4 cm e na 2ª há 4 cm ou mais de dilatação, indicando que o TP é verdadeiro (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Quanto ao período expulsivo, suas fases latente e ativa caracterizam-se como fase de transição e fase onde realmente ocorre o parto. Em ambas as fases já há a dilatação total da cérvix, o que as diferencia é a presença ou ausência de puxos

involuntários (contrações de expulsão), a altura do feto no canal de parto. A fase ativa predomina quando há puxos e a cabeça fetal já é visível, diz-se que ela está coroando ou, mesmo sem puxos a mãe está ativa na expulsão (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

O conhecimento da fisiologia parturitiva, que inclui a identificação dos períodos e fases de transição entre eles é fundamental para uma assistência adequada e de qualidade, sem isto passos importantes podem ser negligenciados, vindo a comprometer o bem estar de mãe e filho durante e após o processo de parturição. Saber como assistir e em qual momento intervir no processo natural é responsabilidade do profissional. Há vários cuidados que podem e devem ser prestados a fim de promover o processo natural e o bem estar materno e perinatal (SOUZA, 2015).

Descreveremos agora as ações que competem ao enfermeiro obstetra durante a assistência ao trabalho de parto de acordo com as novas diretrizes sobre a assistência ao parto normal, divulgadas em janeiro deste ano, pelo Ministério da Saúde (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a). Estas estão explanadas no quadro abaixo:

Quadro 04 – Ações de enfermagem durante o trabalho de parto verdadeiro

(continua)

| PERÍODO | BREVE DESCRIÇÃO | AÇÕES |
|----------|---|---|
| Primeiro | Fase de dilatação e apagamento do colo uterino; Termina quando se atinge a dilatação total, ou seja, 10 cm de dilatação cervical; duração em média 5hs em múltíparas e 8hs em nulíparas | <ul style="list-style-type: none"> • Registrar o número e intervalo das contrações de 1/1h; • Verificar e registrar a pulsação materna de 1/1h; • Aferir e registrar a temperatura e a PA de 4/4h; • Observar e registrar a frequência da eliminação urinária; • Realizar exame de toque vaginal, preferencialmente durante as contrações, de 4/4h ou em caso de suspeita de algum problema do decurso do TP ou quando solicitação materna e registrar suas conclusões; • Registrar a progressão do TP em partograma próprio de 4/4hs, seguindo o modelo da OMS ou semelhante; • Observar e identificar possíveis falhas no progresso natural do TP e se suspeita proceder com realização de amniotomia, com consentimento prévio da gestante, se membranas íntegras e examinar a vagina após 2hs para confirmação de falha (progresso da dilatação menor que 1 cm). Se confirmada, encaminhar a paciente para a avaliação do médico obstetra; |

Quadro 04 – Ações de enfermagem durante o trabalho de parto verdadeiro

(continua)

| PERÍODO | BREVE DESCRIÇÃO | AÇÕES |
|---------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer apoio e controle da dor, também, a todas as pacientes que apresentarem ou falha no progresso do TP; • Estimular o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, conforme escolha da mulher e disponibilidade dos mesmos; • Apoiar a mulher a adaptar o ambiente, de forma física e/ou com música, aromas, às suas necessidades e escolhas, informando-a sempre das limitações e possibilidades dos recursos físicos locais; • Incentivar a mulher a adotar as posições que lhe forem mais confortável, preferenciando as verticalizadas, de quatro apoios e a de sins em detrimento das horizontalizadas, como a litotômica, ginecológica, por exemplo; • Incentivar a mulher a deambular e movimentar-se livremente; • Assistir prontamente, com respeito e ética, as necessidades psicoemocionais que a paciente vier a apresentar e incluí-la, atentando-se as suas escolhas e expectativas, na tomada de decisões acerca da assistência a ser prestada; • Acolher a pessoa escolhida pela mulher para acompanhá-la durante o TP; • Orientar a parturiente quanto à alimentação: a restrição da dieta se aplica somente as mulheres que estiverem sob risco de anestesia geral ou que tiverem recebido fármacos opióides. Nos demais casos, recomenda-se uma dieta com líquidos isotônicos, água, alimentos sólidos leves, levando-se sempre, em consideração a escolha da parturiente; • Quanto ao monitoramento do bem estar fetal: o BCF pode ser verificado através do sonar Doppler ou do estetoscópio de Pinard; • A ausculta deve ser de modo intermitente, após o final das contrações, durante 60 segundos de 30/30 minutos. O registro da ausculta deve ser feito criando uma taxa única e qualquer alteração na mesma deve ser verificada e registrada. A pulsação da mãe deve ser comparada com a do feto sempre que necessário, diferenciando-as, para identificar alterações. |
| Segundo | Fase expulsiva; Extrusão fetal pela vagina e parto; Inicia simultaneamente a dilatação total e termina com a saída do feto; duração variável entre as fases latente e ativa, esta dura, em média, até 3hs em primíparas com ou sem analgesia | <ul style="list-style-type: none"> • Assistir e orientar a parturiente na fase ativa, esclarecendo possíveis dúvidas, atentando-se as expectativas e demais necessidades físicas ou não da mesma. Bem como o momento certo de “fazer força”, após a dilatação total, que é seguindo os estímulos involuntários de seu corpo, • Orientar a mulher a não se posicionar em decúbito dorsal horizontal, supinamente ou semi-supina e incentivar as posições que lhe forem mais confortáveis, incluindo as verticalizadas, sins e quatro apoios; • Informar a parturiente sobre a possibilidade de parto na água, se disponível, bem como que devido às evidências, não se pode incentivá-lo nem proibi-lo; |

Quadro 04 – Ações de enfermagem durante o trabalho de parto verdadeiro

(continuação)

| PERÍODO | BREVE DESCRIÇÃO | AÇÕES |
|----------|--|---|
| | peridural e, cerca de 1h a 2hs em múltiparas com ou sem analgesia peridural | <ul style="list-style-type: none"> • Informar a mulher sobre os possíveis manejos do terceiro período, ativo ou expectante, sobre seus benefícios e riscos, e qual ela execução ela prefere; • Ainda que seja realizado o manejo ativo, as preferências da puérpera deverão ser atendidas, como por exemplo, o clampeamento do cordão somente após 5 minutos de pós-parto; • Estimular os puxos espontâneos em mulheres sem analgesia. Caso os puxos fisiológicos sejam ineficazes, dar suporte encorajá-la a prosseguir e estimular a mudança de posição, esvaziamento da bexiga; • Reavaliar a mulher após 1 hora caso não haja puxos, mesmo com 10 cm de dilatação e ausência de analgesia regional; • Observar e avaliar a falha, quando TP com duração maior que 2hs em nulíparas e maior que 1h em múltiparas. Se a suspeita for confirmada, solicitar a avaliação médica obstétrica; • Se necessário, aplicar compressas mornas na região perineal; • Acolher o feto utilizando as técnicas de “mãos prontas” (parto espontâneo sem auxílio, as mãos esperam o feto sair para segurá-lo) ou “mãos sobre” (as mãos protegem o períneo e auxiliam na saída e deflexão da cabeça fetal). No uso desta última, deve-se orientar a mãe a não “fazer força” durante a deflexão da cabeça fetal; • Caso seja necessário episiotomia sob justa indicação, solicitar autorização da mulher e só então prosseguir, aplicando antes a analgesia local. Realizar o corte preferencialmente no sentido médio-lateral, partindo do óstio vaginal, com angulação vertical entre 45 a 60° à direita. |
| Terceiro | Fase de dequitação, que é a saída da placenta e membranas fetais; Inicia imediatamente após o parto e termina com a saída da placenta e das membranas fetais; Dura entre 30 a 60 minutos, dependendo do manejo executado | <p>Cuidados à mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir, evitando separar desnecessariamente mãe e filho, levando em consideração os aspectos emocionais e psicossociais deste momento, no qual há o primeiro encontro dos pais, da mãe com o recém-nascido; • Avaliar o estado físico geral, atentando-se a coloração da pele e das mucosas, à regularidade da respiração e ao conforto e bem estar materno. Verificar ainda a PA, temperatura, FC, a saída de lóquios e a presença e características das contrações uterinas; • Assistir a mulher na dequitação, procedendo com o manejo escolhido por ela, sendo recomendado o manejo ativo, principalmente, devido ao menor risco de hemorragia. À mulher, que não apresente nenhum ou baixos riscos de hemorragia pós-parto, pode ser realizado um manejo expectante (dequitação natural); • Caso a dequitação não ocorra em até 1 hora ou haja hemorragia deve-se proceder com o manejo ativo, informando a mulher antes de executar o mesmo; |

Quadro 04 – Ações de enfermagem durante o trabalho de parto verdadeiro

(conclusão)

| PERÍODO | BREVE DESCRIÇÃO | AÇÕES |
|---------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a vitalidade do neonato, incluindo sua FC, respiração, tônus muscular, vigorosidade do choro e presença de mecônio. Se houver necessidade de reanimação proceder de acordo com o protocolo recomendado; • Favorecer o vínculo entre mãe e filho já após o parto. Posicione o neonato, já seco e envolto em panos limpos e mornos, sobre o tórax materno atentando-se para não atrapalhar sua respiração (BRASIL, 2014c); • Imediatamente após a 1ª hora pós-natal, verificar e registrar as medidas quanto ao perímetro cefálico, peso e temperatura corporal do RN; • Coletar amostra de sangue do cordão umbilical somente em RN apresentando variações clínicas, respiratórias, musculares, etc; • Clampear o cordão umbilical entre o 1º e o 5º minuto pós-parto, preferencialmente após o fim da pulsação do mesmo. Nos neonatos, de mãe HIV positiva ou com necessidade de reanimação, o clampeamento deve ser imediato. |
| Quarto | Fase de secundamento ou puerpério imediato; Corresponde à primeira hora após o parto, iniciando após a dequitação (BRASIL, 2001). | <ul style="list-style-type: none"> • Após a dequitação, verificar se houve e qual a extensão do trauma perineal, sob conhecimento e autorização prévia da mulher acerca do procedimento e analgesia local. Se houver trauma, verificar também a integridade do reto e suas estruturas; • Realizar a episiorrafia ou reparo perineal, se houver ocorrido a episiotomia ou lacerações espontâneas que necessitem correção, com aplicação prévia de anestésico local (até 20 ml de lidocaína a 1% ou equivalente). Se necessário solicitar assistência do anestesista para analgesia peridural, caso já tenha sido aplicada alguma dose da mesma; • Verificar a micção. Se não ocorrer até 6 horas após o parto e a mulher apresentar bexigoma solicitar assistência médica; • Observar a mulher quanto a sinais de hemorragia pós-parto e outras complicações; • Verificar e registrar sinais vitais da mulher, bem como o volume e aspecto dos lóquios e a presença de contrações uterinas; • Encaminhar a mulher e seu filho se não houver necessidade de outros cuidados neonatais, juntos para a enfermaria ou quarto de alojamento conjunto, se o parto não tiver sido em um quarto PPP (pré-parto, parto e puerpério) (BRASIL, 2015a). |

Fonte: BRASIL, 2001; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2015a; COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a.

Alguns apontamentos devem ser feitos para maior esclarecimento sobre o manejo de enfermagem perante algumas situações específicas ocorrentes no trabalho de

parto. Como por exemplo, no caso de suspeita de falha da progressão da dilatação no TP devem-se considerar, antes de diagnosticar, a paridade, o nível de dilatação e das alterações cervicais, as características das contrações, a estática e altura fetal, estado psicológico materno. É importante, estar atento também a necessidade da assistência do médico obstetra (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

A avaliação qualificada de aspectos que determinam a evolução do parto é fundamental para a identificação dessa falha. Dilatação do colo uterino inferior a 2 cm num período de 4 horas em mulheres nulíparas e multíparas, ou ainda, para estas últimas, um progresso realmente moroso, bem como a altura da descida e da apresentação do pólo cefálico e alterações no padrão das contrações fundamentam a suspeita de falha (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

No que se refere ao reparo perineal, deve-se ter o ambiente bem iluminado, instrumentos e equipe preparada para tal intervenção. O procedimento deve ser realizado com anestesia local ou geral, se a reparação for complicada, com técnica asséptica, objetivando a restauração da estrutura e de sua estética. Deve ser inserida uma sonda vesical de demora na mulher por 24 horas, a fim de promover um controle rigoroso da diurese e prevenir a retenção de urina. Ao fim do reparo é importante examinar o reto a fim de verificar se nenhum material foi esquecido nele e registrar o todo o procedimento, os materiais utilizados e as características do trauma (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

O manejo durante a dequitação pode ser ativo ou expectante, este último é conhecido também como manejo fisiológico. No primeiro há administração de fármacos que estimulam a contração uterina, conhecidos como substâncias uterotônicas, seguida de clampeamento após o 1º minuto pós-parto e corte precoce do cordão umbilical, antes do 5º minuto pós-parto e, por fim, tração moderada do cordão após sinalização do descolamento placentário (KILPATRICK; GARRISON, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O manejo expectante ao contrário do ativo promove o transcorrer natural da dequitação sem haver qualquer tipo de intervenção. Nele o profissional apenas espera a saída espontânea, por esforço materno, da placenta e membranas para examiná-las e realizar os demais cuidados. Neste tipo de manejo preconiza-se o

clampeamento do cordão umbilical após o fim da pulsação do mesmo. Ambos os manejos devem ser registrados, indicando, o momento em que foi realizado o clampeamento do cordão umbilical (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Os cuidados ao recém-nascido incluem, também, a aplicação, de dose única em via IM, de 1mg de vitamina K ou, se inviável, 2mg via oral imediatamente ou logo após o nascimento mais outra dose de 2mg entre o 4º e 7º dias de vida. Além da aplicação, em até 4 horas pós-parto, da pomada de eritromicina a 5% ou, se indisponível, tetraciclina a 1% ou, por fim, nitrato de prata a 1% para prevenção de oftalmia no neonato. Cuidados como verificação da temperatura corpórea, do perímetro cefálico e do peso devem ser realizados logo após a 1ª hora de vida (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Todos esses cuidados devem ser realizados, salvo os casos em que haja comprometimento fetal ou a mãe solicite, após a 1ª hora de vida e mediante o conhecimento e autorização dos pais e, preferencialmente, na presença destes. Bem como a informação sobre seus resultados e achados devem ser passados aos pais tão logo quanto possível. Nenhuma intervenção, nem mesmo um banho, deve ser realizado no RN sem ao menos o conhecimento prévio dos pais (BRASIL, 2014b).

Quando ocorrer liberação de mecônio durante o TP, deve-se monitorar o BCF continuamente, seja através de monitor eletrônico ou manualmente, de forma intermitente. Já após o parto, a presença de quantidades relevantes de mecônio seguidas ou não de alteração da vitalidade (respiração, tônus muscular, FC) determinam os tipos de cuidados a serem prestados ao RN. Se não houver alterações na vitalidade o RN deve ser assistido por um neonatologista, observando-o na 1ª e 2ª hora pós-natal e de 2/2 horas nas próximas 12 horas (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Caso o mecônio não seja significativo, e não haja alterações nos sinais vitais, na coloração da pele, na saturação de oxigênio e presença de gemidos, por exemplo, a vitalidade do RN deve ser observada e verificada na 1ª e 2ª de vida, para descartar possíveis alterações e complicações no estado de saúde do mesmo. Caso haja

alguma das alterações citadas o RN deve passar por uma avaliação do neonatologista ou pediatra (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

2.3.3 Parto Frio

É um parto vaginal onde a assistência é centrada no biológico, na extrusão do feto, e é permeada por ações muitas vezes desnecessárias e que, podem, aumentar o risco de complicações e da mortalidade perinatal e materna. No parto frio, o protagonista é o profissional que assiste, geralmente médico obstetra, tendo a parturiente apenas um papel coadjuvante no processo parturitivo. O trabalho de parto, então, é conduzido segundo o critério o médico e não conforme a fisiologia natural do parto (SOUZA, 2015).

Conceituar um parto como frio é dizer que a assistência ao parto é fria, rica em técnicas e intervenções desnecessárias e, pobre em acolhimento, respeito e humanização. O parto normal em sua essência é um parto onde há a promoção da fisiologia natural, entretanto, na obstetrícia contemporânea e entre as próprias parturientes, ele é compreendido como um parto frio. Isto porque em um parto normal, intervenções desnecessárias, que acabam gerando mais prejuízo do que bem estar a mulher, ocorrem de forma rotineira, negligenciando a essência naturalidade da parturição (CRUZ, 2009).

É comum neste modelo de assistência ao parto, ocorrer violência obstétrica, onde a integridade física e moral da parturiente são desrespeitadas. Há a indução desnecessária do parto, através, por exemplo, da administração de ocitocina endovenosa, realização de episiotomia, muitas vezes, sem a autorização da paciente. Há muitos relatos ainda, do uso violento e desnecessário da manobra de Kristeller, onde a mãe tem sua barriga pressionada pelos braços de um profissional, com o aparente intuito de auxiliar à saída do feto pela vagina (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Várias e sem evidências e nem recomendações científicas são as intervenções realizadas no parto frio. Neste tipo de parto, não é considerado os aspectos sociais,

emocionais, culturais da gestante. As ações são friamente tratadas para retirar o feto e não para promover o nascimento de mais um ser humano (BRASIL, 2013).

2.3.4 Parto Humanizado

Ao contrário do parto frio, uma assistência que busca promover um parto humanizado está voltada para a integralidade da parturiente e do evento que está por ocorrer. A humanização envolve acolher, ouvir, discutir as possibilidades em conjunto e promover a autonomia, protagonismo e privacidade à mulher, a qual é a verdadeira protagonista do trabalho de parto. O parto humanizado também é denominado como natural e fisiológico e, caracteriza-se pelo respeito ao decurso do parto de acordo com sua fisiologia natural, acrescentando ainda o estímulo para a participação ativa da mulher no trabalho de parto (BRASIL, 2013).

O conceito de parto humanizado é semelhante, se não igual, ao de parto ativo, no qual a mulher assume conscientemente o comando do trabalho de parto, deixando de ser um personagem passivo para se tornar a protagonista do ato. Ela utiliza sua natureza em seu favor, deixando-se conduzir pelos sinais fisiológicos de seu corpo que a impele para o parto. Somente quando existe indicação real se faz alguma intervenção obstétrica, como analgesia, episiotomia e ocitocina endovenosa (BALASKAS, 2015a).

Um parto humanizado não se restringe somente a não utilização de práticas prejudiciais e intervenções desnecessárias. É um modo de assistência, onde há acolhimento, respeito e dignificação da mulher. Nele a mulher tem liberdade para exercer seu papel natural de parir, com autonomia, privacidade e respeito, externalizando todo seu contexto sociocultural e familiar. Humanizar o parto é humanizar o modo como a gestante será tratada, assistida, desde a forma educada e respeitosa ao falar à adequação do ambiente as suas necessidades e escolhas para o parto (LIMA; PASQUINI, 2006).

Aqui o profissional, médico obstetra, enfermeiro obstetra ou obstetrix, é o auxiliar, o coadjuvante. O enfermeiro está para fornecer a assistência necessária, garantindo o bem estar materno e perinatal, através de avaliação contínua, da detecção e redução de riscos e da manutenção da fisiologia natural do parto, evitando intervir desnecessariamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

De modo geral, pode-se afirmar que as ações de enfermagem que humanizam o parto são todas aquelas que promovem o decurso natural fisiológico do trabalho de parto e o respeito à dignidade e privacidade da mulher, bem como as que proporcionam alívio da dor sem a utilização de fármacos. Todas elas incentivam a segurança e autonomia materna (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

2.3.5 Análise comparativa das práticas em parto frio e parto humanizado

Neste tópico, analisaremos de forma crítica as vantagens das ações que tornam o parto humanizado, bem como as desvantagens materno-fetais e neonatais advindas das intervenções desnecessárias no parto, mas ainda, infelizmente e amplamente, utilizadas (CRUZ, 2009). Para dar início a discussão, no quadro abaixo está exposta uma análise comparativa das intervenções, realizadas em assistências em frios e humanizadas.

Quadro 05 – Comparação das intervenções realizadas em parto frio e humanizado

(continua)

| TIPO DE PARTO/ PRÁTICAS | PARTO FRIO | PARTO HUMANIZADO |
|--|---|---|
| Movimentação | Restrita ao leito | Livre |
| Enema | Rotineiro | Ausente. Aplica-se somente sob solicitação da gestante |
| Tricotomia | Rotineiro | Ausente. Realizada somente sob solicitação da gestante |
| Dieta | Jejum absoluto | Dieta livre |
| Acompanhante | Pouco comum | Presente no trabalho de parto, parto e puerpério imediato |
| Uso de roupas e pertences pessoais | Pouco comum | Frequente |
| Tomada de decisão conjunta a parturiente | Incomum | Frequente |
| Uso de partograma | Incomum | Frequente |
| Discussão e acolhimento do plano de parto trazido pela gestante | Ausente | Presente |
| Toque vaginal | Rotineiro, independente da real necessidade | Quando necessário é realizado somente durante as contrações e com autorização prévia da parturiente |

Quadro 05 – Comparação das intervenções de realizadas em parto frio e humanizado

(conclusão)

| TIPO DE PARTO/ PRÁTICAS | PARTO FRIO | PARTO HUMANIZADO |
|--|--|--|
| Alívio da dor | Uso de fármacos | Uso de métodos não farmacológicos, como: Banho quente, bola suíça, massagens, exercícios respiratórios, banheira com água morna a quente |
| Acesso venoso periférico preventivo | Frequente | Ausente |
| Posição no período expulsivo | Ginecológica ou litotômica | A mais confortável para a gestante, desde que seja eficaz. Preferencialmente posições verticalizadas. |
| Protagonismo | Profissional | Parturiente |
| Temperatura ambiente | Fria | Aquecida |
| Indução do parto | Procedimento de rotina, com administração de ocitocina EV | Pouco frequente, se necessário a indução se dará sem o uso de fármacos |
| Ruptura das membranas amnióticas | Artificial, rotineira e precoce | Espontânea ou na expulsão do feto |
| Manobra de Kristeller | Frequente e de uso indiscriminado | Ausente |
| Episiotomia | Rotineira, geralmente sem autorização prévia da mulher e por vezes sem analgesia local | Pouco comum, só em casos de real necessidade |
| Clampeamento do cordão umbilical | Imediatamente após o parto | Comumente após o fim das pulsações, exceto em mães HIV ou HTVL +, nas quais o clampeamento deve ser imediato |
| Contato precoce mãe e filho pós parto | Ausente | Presente |
| Primeiros cuidados neonatais | Realizado logo após o nascimento | Postergadas para o puerpério mediato |
| Dequitação | Manejo ativo com administração de ocitocina para acelerar o processo | De acordo com a escolha materna. Comumente é um manejo fisiológico/expectante |
| Amamentação | Incomum na 1ª hora pós parto | No puerpério imediato, |

Fonte: COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a.

Todas as ações citadas como práticas de uma assistência de parto frio não são mais recomendadas e devem ser eliminadas da assistência obstétrica prestada à parturiente e a puérpera. Algumas delas inclusive já constavam, nas práticas a serem eliminadas, no guia sobre assistência segura ao parto da OMS de 1996. Com

o decorrer do tempo, foi possível ratificar, através de evidências científicas fortes, as práticas que proporcionam uma assistência humanizada a mulher nesses momentos (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Intervenções na ausência de complicações e de justa necessidade são desnecessárias e geram efeito contrário aumentando o risco de complicações maternas e perinatais ao invés de assegurar o bem estar e segurança destes. Além disto, podem provocar a necessidade de mais intervenções, que se tornarão realmente necessárias para corrigir os danos oriundos das primeiras. Isto pode gerar uma cascata de intervenções desnecessárias alterando o decurso natural e desfecho do trabalho de parto e parto (BALASKAS, 2015a).

Um dos exemplos dessa cascata é a prática rotineira de restrição alimentar, que pode desencadear, além de fraqueza, como consequência de um jejum prolongado, uma desidratação na gestante, afetando a participação ativa desta no parto. Para corrigir isto, fazem-se necessárias outras duas intervenções – administração de glicose ou soro glicosado por via endovenosa e, logo, manutenção de um acesso venoso periférico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Outro ponto a ser discutido é a administração profilática de antiácidos, como prevenção à ocorrência da síndrome de Mendelson, onde há aspiração de conteúdo gástrico sob anestesia geral. Foi comprovado que o uso de antiácidos e o jejum pouco interferem na diminuição do conteúdo gástrico e pouco iriam prevenir a referida síndrome. A administração de antiácidos bem como a prática do jejum contribuem para o aumento do desconforto e estresse materno e são contra indicados para os casos de parto normal de baixo risco sem probabilidade de evolução para parto abdominal e, logo, de anestesia geral ou não (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Qualquer tipo de ação que interfira no decurso natural do parto sem necessidade é considerada uma prática prejudicial. É o caso também dos acessos venosos periféricos muitas vezes aplicados com a desculpa de ser uma medida de precaução para o caso de haver alguma intercorrência que necessite de medicação endovenosa. Em outras situações a veia da gestante é puncionada para administração de ocitocina, analgésicos, soro glicosado, entre outros (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

No parto frio a movimentação da gestante é restrita ao leito, no qual é deixada até o período expulsivo onde então é posta na posição ginecológica ou litotômica. Essa restrição é extremamente prejudicial para a saúde de mãe e o filho, visto que a impossibilidade de deambular pode prolongar a fase de dilatação e a de expulsão fetal, bem como tornar as contrações insuportáveis. Restrita ao leito a mulher não consegue seguir seus instintos naturais para se movimentar e adotar posições, principalmente as verticais, que favorecem a progressão do parto (SOUZA, 2015).

As posições horizontais não são mais recomendadas visto que comprimem a aorta e a veia cava materna, reduzindo assim o aporte sanguíneo e de oxigênio para a mãe e o bebê. Além de que o parto, nessas posições, ocorre contra a força da gravidade exigindo, assim, da mãe muito mais força, do que realmente seria necessário, aumentando assim a sensação dolorosa, as chances de um parto instrumental e de alterações no BCF (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a; SABATINO, 2010).

A administração de ocitocina é rotineiramente usada para acelerar ou induzir o trabalho de parto, acrescentando sua ação à da ocitocina endógena, promovendo um aumento imediato na intensidade das contrações e redução do intervalo entre elas. Desta forma fica mais difícil, tanto para a mãe quanto para o feto, suportar as contrações uterinas que se seguem, o que pode provocar uma maior taxa de solicitações por analgesia. O feto pode, também, apresentar sofrimento e instabilidade em sua FC devido ao efeito da indução aliado ou não ao dos analgésicos, podendo interferir no desfecho do parto (BALASKAS, 2015a).

A amniotomia caracteriza-se pela ruptura artificial, muitas vezes precoce, da bolsa amniótica. É comumente utilizada junto à administração de ocitocina ou a outro fármaco indutor de contrações para induzir ou acelerar o trabalho de parto e parto, todavia isso não é o adequado. A amniotomia precoce aumenta o risco de infecção, principalmente ao se realizar o toque vaginal, e, de certa forma, dita o tempo máximo em que o parto deve ocorrer, pelo rompimento da estabilidade do ambiente intra-útero com a saída do líquido amniótico (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Tricotomia é a retirada dos pêlos púbicos com o objetivo de diminuir o grau de contaminação local. Ela, assim como o enema, que consiste na aplicação de um fármaco na região retal para promoção de limpeza intestinal, é uma prática não mais recomendada, visto a fragilidade das evidências de que sua utilização realmente

promova benefícios para a mãe e bebê. Ao contrário, sua realização, quando não solicitada, causa desconforto e acaba por reduzir o bem estar da mãe durante o processo parturitivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

As justificativas para o uso da tricotomia era a de diminuir o risco de infecção caso uma cesárea ou episiotomia ou mesmo uma laceração natural pudessem ocorrer. Já em relação ao enema, a prerrogativa era de que o esvaziamento do intestino era necessário para evitar a defecação natural, que pode ocorrer, durante o período expulsivo devido à força empregada para o parto, evitando assim um possível contato e conseqüente contaminação do recém-nascido com as fezes maternas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

A manobra de Kristeller é a aplicação de força, com auxílio do antebraço, sobre o fundo do útero para empurrar, literalmente, o bebê para fora do canal do parto. É indevido e extremamente prejudicial, ainda que rotineiro, o seu uso. Esta manobra pode causar lacerações no períneo, hemorragias, ruptura de costelas, descolamento placentário, hipertonia uterina, instabilidade fetal, além de promover muita dor e desconforto à mãe (MONTENEGRO; BRAGA; REZENDE, 2011; DINIZ; DUARTE, 2004).

A separação do RN da mãe imediatamente após o parto para realização dos primeiros cuidados dificulta a adaptação do mesmo no ambiente, impedindo o contato precoce pele a pele de mãe e filho, postergando a amamentação e logo, a nutrição e a imunização passiva, entre outros fatores. Desta forma retarda-se a criação do vínculo materno-filial e todos os benefícios advindos do mesmo, como regulação da FC, FR, temperatura corporal, entre outros (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

Outro ponto é o momento do clampeamento do cordão umbilical. Quando clampeado antes do 1º minuto, o neonato perde um acréscimo de mais de 30% no volume sanguíneo, incluindo o oxigênio dissolvido e os nutrientes presentes neste, por exemplo, circulante no cordão. Isto interfere em sua capacidade respiratória, visto que agora, ele deve respirar com seus próprios pulmões, que estão funcionando pela primeira vez, e com decréscimo de aporte de oxigênio. As repercussões podem ocorrer a curto, médio e longo prazo no que se concerne aos níveis de ferro (BRASIL, 2011c).

O manejo ativo da dequitação deveria ser realizado somente quando acordado ou solicitado previamente pela mulher ou nos casos onde haja risco significativo de hemorragia pós-parto, entretanto não é o que ocorre. Verificou-se que a execução do manejo ativo provoca redução no aporte sanguíneo neonatal, através do clampeamento e corte precoces do cordão umbilical antes do fim de suas pulsações. Parir a placenta e suas membranas é tão fisiológico quanto parir o feto e por tal, na ausência dos riscos já mencionados, são desnecessárias interferências em seu processo, que ocorre de modo espontâneo e natural (COMISSÃO NACIONAL DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Episiotomia é um corte realizado no períneo da mulher, região entre o óstio vaginal e o ânus, com o objetivo de facilitar a saída do feto durante o parto. As indicações são das mais variadas e muitas não levam em consideração sua real necessidade. Na maioria dos casos não há necessidade do corte, pois o próprio trabalho de parto já prepara o períneo para a distensão que deverá sofrer para a saída do bebê. O que pode ocorrer é uma laceração espontânea, que, dependendo do grau, precisará ou não ser reparada após a dequitação (CARVALHO; SOUZA; MORAES-FILHO, 2010; SOUZA, 2015).

Por ser um ato cirúrgico, a episiotomia necessita de analgesia local e pode vir a desencadear prejuízos à saúde materna em curto, médio e longo prazo durante o puerpério. Perda sanguínea vaginal, deiscência na cicatrização, dispareunia, incontinência urinária, descontrole intestinal, infecção, desconforto e problemas perineais são alguns exemplos das possíveis morbidades que podem vir a ocorrer (FRANCISCO et al., 2011).

O trabalho de parto e parto são eventos biopsicossociais e sofrem influência do estado emocional da gestante. Uma assistência centrada na resolução do parto, desatenta às demais necessidades emocionais, sociais, culturais, etc, da parturiente tendem a deixá-la insegura quanto a sua capacidade de parir, com receio, medo e angústias. Sua insegurança aumenta quando, somado a tudo isso, ela também não poder estar junto do acompanhante escolhido por ela para estar ao seu lado durante a internação (TELES et al., 2010).

Quanto mais tecnicista, fria e, por vezes com despreparo profissional, for à assistência menos participação ativa e confiança terá a mulher terá em si mesma e na equipe que a assiste. Poderá haver mais dor durante as contrações, mais

intervenções desnecessárias e outras necessárias devido as primeiras, maior será o risco de complicações maternas, perinatais e neonatais e mais traumático, fisicamente e principalmente emocionalmente, será o parto. É irresponsável negligenciar a postura profissional na assistência ao parto, visto sua grande influência no decurso natural deste (SOUZA, 2015).

É importante frisar que a adoção dessas técnicas e modos faz com a parturiente assuma uma posição passiva, cabendo o protagonismo, então, ao profissional que a assiste. Isto não só desrespeita a natureza do processo do parto, no qual a mulher é a peça fundamental e motriz, mas como sua integridade física e moral. Restrições ao invés de apoio e conforto promovem um ambiente de desconfiança, medo, angústia, tensão. A mulher perde sua autonomia ficando exposta às possíveis iatrogenias de intervenções desnecessárias e tem, na maioria dos casos, um parto traumático ou no mínimo difícil (MILBRATH et al., 2010).

2.3.5.1 Discussão das ações de enfermagem que contribuem para um parto humanizado

Todas as intervenções apresentadas como componentes de uma assistência que torna o parto humanizado, são as práticas atualmente recomendadas para uma assistência qualificada e humanizada, centralizada na mulher, em suas necessidades e em sua capacidade natural de parir. Elas ratificam que os profissionais que assistem ao parto são coadjuvantes, tendo como principal função garantir o bem estar materno e perinatal através do decurso saudável do processo do trabalho de parto, parto e nascimento (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Entende-se por práticas humanizadas a utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor (bola suíça, massagens, exercícios respiratórios, banho e/ou banheira com água quente), presença de acompanhante, promoção da privacidade e autonomia da mulher, livre escolha de posição, deambulação, alimentação com alimentos leves e líquidos, uso de partograma, discussão conjunta (equipe e parturiente) sobre as decisões acerca do trabalho de parto e, apoio, respeito, tratamento e acolhimento dignos e éticos fornecidos pela assistência da equipe (BRASIL, 2012b).

Inclui-se ainda a essas práticas à amamentação e contato precoce mãe e filho, o clampeamento tardio do cordão umbilical, a dequitação e evolução da cérvico-dilatação de modo espontâneo, bem como o fornecimento de apoio, respeito, tratamento ético e acolhedor fornecido pela equipe são ações que humanizam promovendo o decurso natural, fisiológico do trabalho de parto e parto (BRASIL, 2012b).

O acolhimento, caracterizado como uma postura aberta, propícia à criação de vínculos, ao esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações, é uma forma eficiente de promover a humanização do modo como serão executadas as práticas e ações referentes à assistência ao trabalho de parto e parto. Um bom acolhimento para com a mulher e seu acompanhante proporciona a criação de um ambiente harmonioso e de um vínculo de confiança entre enfermeiro-paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Profissionais abertos ao diálogo, a escuta promovem um ambiente mais humanizado, que influi no desenvolvimento do trabalho de parto. Parturientes que se sentiram mais acolhidas e bem tratadas pela equipe tiveram o tempo do trabalho de parto reduzido, menos doloroso e logo menos traumático. O contrário deste modo de assistência é o exercício da profissão segundo o modelo tecnicista, onde o feto é tratado como um produto a ser obtido da forma mais breve conveniente possível, sob o ponto de vista biomédico (SOUZA et al., 2013).

No que se refere aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a OMS salienta que sua implementação deve ser iniciada ainda no pré-natal, através da resolução de dúvidas e do fornecimento de informações acerca do trabalho de parto. Além das técnicas e meios que promovem o alívio local da dor, a criação de um vínculo de confiança entre o profissional e a mulher, a segurança e tranquilidade que este lhe passa, junto ao apoio do acompanhante, promovem uma redução na sensação dolorosa e logo, da necessidade do uso de fármacos analgésicos (BRASIL, 2001).

É importante recordar que no processo da parturição há um mecanismo natural de alívio da dor através da liberação de substâncias que atuam, principalmente, no intervalo entre as contrações, promovendo bem estar e prazer. É o caso das endorfinas e mesmo da ocitocina. Esta, também conhecida como hormônio do amor, além de provocar as contrações, desencadeia sensações de bem estar, prazer e satisfação (BALASKAS, 2015b).

Quando o processo natural é respeitado o organismo materno já condicionado a isto, tende a suportar melhor a dor. A ação das endorfinas e ocitocina recebe auxílio dos métodos não farmacológicos que promovem relaxamento do corpo materno. Estes métodos incluem posições verticalizadas, o uso da bola suíça, massagens, banhos e/ou banheiras com água quente, exercícios pélvicos e respiratórios, ambiente acolhedor que reflete confiança, eletroestimulação nervosa transcutânea, uso de aromas, roupas e pertences pessoais, e, ainda, a sonorização do local com músicas, diminuição da luz ambiente, privacidade, autonomia, entre outros (BALASKAS, 2015b; GALLO et al., 2011).

Os benefícios em comum dos referidos métodos incluem a diminuição da ansiedade e estresse maternos, promoção da autonomia e autoconfiança da mulher e redução de sua sensação dolorosa sem interferir na fisiologia hormonal do parto e nem gerar prejuízos a ela ou ao seu bebê. A massagem, por exemplo, pode ser executada, durante as contrações, na região lombossacra ou em qualquer local onde a mulher relatar dor ou desconforto. A realização ou não dos métodos irá depender da escolha da mulher e seu conforto perante a execução dos mesmos (GALLO et al., 2011; OSÓRIO; SILVA-JÚNIOR; NICOLAU, 2014).

A bola suíça beneficia, por exemplo, a progressão da dilatação e do parto através da descida e encaixe do feto, no relaxamento da musculatura pélvica e perineal e na melhor adequação do feto no trajeto do parto. Além disso, permite a livre movimentação e variação de posição durante o trabalho de parto. Sentada sobre a bola a mulher pode realizar movimentos circulatorios com o quadril, ou de sentar-se e levantar-se, a fim de relaxar seus músculos e auxiliar na distensão do assoalho pélvico. É um método de baixo custo, simples de usar e de relevante efetividade no alívio da dor e que mantém a autonomia da mulher em todo o processo (SILVA et al., 2011).

Os exercícios respiratórios, ensinados no pré-natal e em cursos de gestantes, ensinam a mulher a lidar com a dor sem que haja um grande descompasso em seu ritmo respiratório o que qual é fundamental para a manutenção de sua própria oxigenação e a de seu filho ainda intra-útero. Próximo ao fim do primeiro período do TP a respiração deve ser lenta e profunda e já no período expulsivo, o ritmo respiratório deve se manter calmo (GALLO et al., 2011).

Os recursos não farmacológicos não objetivam findar a dor, mas atenuá-la e relaxar a mulher ao ponto de que esta consiga suportar com mais tranquilidade, menos estresse e ansiedade. Atualmente a técnica de eletroestimulação transcutânea é recomendada somente para a fase passiva ou latente do trabalho de parto, devido às escassas evidências da redução do estímulo doloroso durante o trabalho de parto ativo, segundo orientações do Ministério da Saúde (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Os banhos no chuveiro ou de imersão em banheiras proporcionam grande alívio da dor durante as contrações segundo estudos. Eles reduzem a duração do período expulsivo e promovem relaxamento geral materno e uma sensação de bem estar, diminuindo, desta forma, a ansiedade com a proximidade do parto, evidenciada pelo aumento no número e intensidade das contrações. O parto, inclusive, pode ocorrer dentro da banheira, se disponível (GALLO et al., 2011).

Um dos pontos fundamentais que aumentam a satisfação materna e logo reduzem as intervenções e traumas, físicos e emocionais, no parto é a adaptação do ambiente físico às suas necessidades e escolhas. Isto é expresso pela conduta da equipe assistencial, quanto a abertura para tocar a música escolhida pela mulher, o uso de roupas e pertences pessoais, a colocação de aromas, a diminuição da luz ambiente, entre outros. Quanto mais familiar e caseiro, no sentido de lar, for o local do parto melhor será sua experiência e, provavelmente, mais natural também (SOUZA et al., 2013).

A massagem e os exercícios, assim como outras técnicas que gerem alívio da dor sem utilização de medicamentos, como a hipnose, acupuntura, podem ser realizados por enfermeiros, doulas ou acompanhante, desde que tenham recebido treinamento ou capacitação para tal. Por último, mas não menos importante, é a liberdade de deambular e se posicionar segundo seus instintos. Isto transmite a mulher uma sensação de controle sobre si e sobre o processo, demonstrando que é capaz de suportar e de parir. As posições que mais contribuem para o decurso natural do parto são as verticalizadas em detrimento das horizontalizadas que aumentam a dor e diminuem a circulação e oxigenação materna-fetal (OSÓRIO; SILVA-JÚNIOR; NICOLAU, 2014).

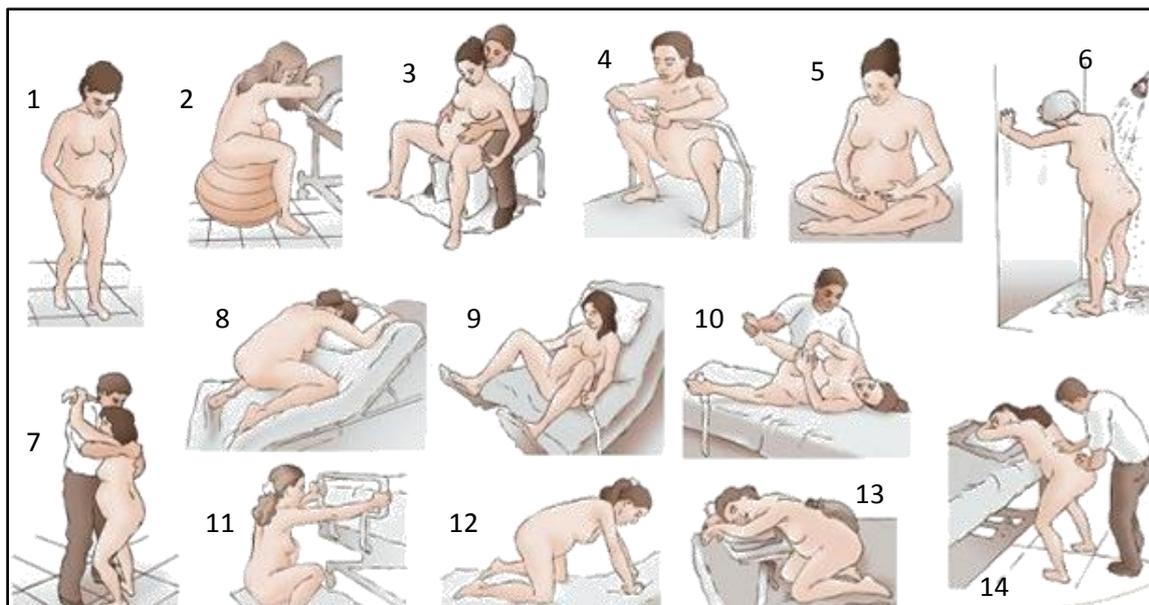
São consideradas posições verticais as posições sentadas, semi-deitada, cócoras com ou sem apoio ou almofada. Ainda se incluem as posições ajoelhadas, de quatro

apoios como as preferenciadas para o favorecimento do parto natural. Alguns dos benefícios incluem a redução da duração do período expulsivo, da necessidade do uso de fórceps ou vácuo extrator, da realização de episiotomia, bem como diminuição da dor e de alterações na frequência cardíaca fetal (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016a).

Nessas posições o diâmetro do períneo e da vagina é maior facilitando, desta forma, a passagem do feto e há ainda a força gravitacional que contribui com as contrações aumentando a pressão da cabeça fetal ou pólo de apresentação sob o canal do parto. Além disso, não há comprometimento do aporte sanguíneo, respiratório e nem desregulações no metabolismo ácido básico materno (SABATINO, 2010).

Posições verticais além de proporcionar maior espaço anatômico para o feto passar pelo trajeto do parto auxiliam também indiretamente na precocidade da amamentação através do reflexo de sucção do recém-nascido. Ao adotar uma posição vertical para o parto a mãe diminui a compressão natural exercida sobre as vértebras cervicais do feto permitindo assim, que ao nascer este tenha mais controle sobre sua cabeça e desenvolva melhor seus reflexos naturais (BALASKAS, 2015a).

Figura 03 – Posições comumente adotadas para alívio da dor



Legenda: 1. em pé, 2. Sentada na bola, 3. Sentada sustentada, 4. Cócoras sustentada, 5. Sentada com flexão total dos MMII, 6. Em pé, 7. em pé sustentada, 8. Apoiada na cama com os joelhos flexionados, 9. Semisentada, 10. Sims, 11. Joelhos em semi-flexão ou Cócoras sustentada, 12. Quatro apoios, 13. Ajoelhada sustentada, 14. Em pé apoiada com os joelhos semi-fletidos.

Fonte: Adaptado de TEIXEIRA, 2015.

As posições números 3, 4, 8, 9, 10,12 respectivamente, sentada sustentada, cócoras sustentada, apoiada na cama com os joelhos flexionados, semissentada, sins, cócoras sustentada, quatro apoios, podem ainda ser adotadas pela mulher durante o período expulsivo do trabalho de parto. As principais posições verticalizadas para o segundo período são a de cócoras, quatro apoios, ajoelhada e agachada. Em especial, a posição de quatro apoios, deve ser preconizada pela mulher em caso de parto pélvico, pois reduz o tempo e a pressão da saída do corpo e da cabeça fetal e do cordão umbilical (BALASKAS, 2015a).

A melhor posição será aquela que promova conforto e seja eficaz, auxiliando a descida do feto e a vigorosidade das contrações. São consideradas posições fisiológicas aquelas em que não há compressão dos vasos maternos e há auxílio da gravidade na progressão do parto. É importante destacar que a mulher pode adotar várias posições durante o primeiro e segundo períodos do trabalho de parto. Seguindo seus instintos, ela vai se adaptando em busca de alívio e naturalmente isto facilita o encaixe, rotação e progressão do nascituro no canal do parto (SOUZA, 2015).

Uma das principais necessidades que reduzem intervenções desnecessárias é a presença do acompanhante escolhido pela mulher durante todo o trabalho de parto e puerpério imediato. Esta presença é assegurada pela lei nº. 11.108 de 2005, mas nem todos os serviços obstétricos hospitalares respeitam esta legislação. É comprovado que a presença do acompanhante transmite à mulher segurança, sensação de conforto, de apoio perante qualquer necessidade que venha a ocorrer. É importante, entretanto, ressaltar que o acompanhante deve estar, por assim dizer, equilibrado ou ao menos controlado emocionalmente sendo capaz de ajudar e não trazer mais nervosismo e insegurança à parturiente (TELES et al., 2010).

O acompanhante pode dar apoio através de um toque de carinho e conforto, de uma oração, um auxílio para andar, ir ao banheiro, buscar remédios ou profissionais, ao cortar o cordão umbilical ou mesmo por só estar ali presente o tempo inteiro durante o trabalho de parto e parto, principalmente, ao lado da gestante. Alguns acompanhantes fazem cursos ou treinamentos que os ensinam exercícios respiratórios e pélvicos, assim como massagens e outras técnicas para aliviar a dor do parto. Esse apoio transmite segurança à mulher e reflete positivamente no decurso do trabalho de parto (DINIZ et al., 2014).

Balaskas (2015a), afirma que a criação do vínculo entre mãe e filho deve ser oportunizada imediatamente após o parto, postergando se possível os cuidados iniciais ao recém-nascido. Este vínculo, fortalecido pela ação hormonal da ocitocina circulante ainda pós-parto, facilita o aleitamento materno, a dequitação, a redução do sangramento materno, e a adaptação do RN após o parto. Sobre o tórax ou abdômen materno, já seco e envolto a um campo aquecido, o RN deve ter seu cordão umbilical clampeado após o fim de suas pulsações (BRASIL, 2014b).

2.3.6 Papel do enfermeiro como agente executor do parto humanizado

Humanizar a assistência ao parto além de praticar ações que valorizem e estimulem o parto natural, é não promover humilhações a gestante, sejam através de ações inadequadas que expõe em demasiado a privacidade da mesma, como através de comentários desrespeitosos ou inapropriados para aquele momento. No momento do trabalho de parto, o centro das atenções é a mulher e seu filho e não fatos pessoais e conversas individuais que não dizem respeito à assistência (DINIZ, DUARTE, 2004).

O enfermeiro é chamado a exercer sua essência de líder também ao assistir ao parto. Um bom líder executa a escuta ativa que faz com que a pessoa que fala se sinta realmente importante para o ouvinte. A postura do enfermeiro, que inclui o modo e o que falar, expressões, ações, entre outros, influi positivamente ou negativamente no empoderamento da mulher na parturição (HUNTER; 2004).

Uma das principais causas, além do medo da dor do parto, que induzem as gestantes a recearem o parto normal é o tratamento desumano, no sentido de desvalorização da pessoa, oferecido durante a assistência ao trabalho de parto em muitos hospitais, principalmente públicos. O medo de humilhações, de ficar sozinha, de sofrer em demasiado de dor, de ter seu parto acelerado estão presentes na maioria das gestantes, senão em todas, e interfere na escolha da via de parto (DINIZ; DUARTE, 2004)

Cabe ao enfermeiro esclarecer e fornecer segurança para a gestante, buscando solucionar tais medos e angústias ainda no pré-natal e durante o trabalho de parto, se for o caso. É dever não só do enfermeiro, mas de toda a equipe que assiste ao

parto, evitar e não cometer nenhum tipo de prática que caracterize violência obstétrica (BRASIL, 2006).

A função da equipe que assiste a mulher é fornecer apoio assistencial e emocional. Todas as ações que fogem a essa assistência, causando qualquer tipo de dano físico ou moral a parturiente, devem ser caracterizadas como violência obstétrica, a qual desconfigura a sacralidade do momento do parto, transformando um momento de alegria e felicidade em um verdadeiro martírio de dor e humilhação (BRASIL, 2013).

A criação de uma relação de vínculo e de confiança com a paciente é fundamental para uma assistência humanizada e para o empoderamento da mulher no trabalho de parto. Existem vários relatos de casos onde as mulheres afirmam que o apoio e o acolhimento que receberam por parte das enfermeiras obstétricas foram cruciais para o seguimento de sua escolha pelo parto normal (NASCIMENTO et al., 2010).

A postura tranquila e segura do enfermeiro transmite a mulher confiança para dar prosseguimento ao parto normal. Palavras de incentivo enfatizam a ela sua capacidade inata de parir e a naturalidade do parto. O parto não é um ato médico ou um ato conduzido por determinado profissional. O parto é um processo fisiológico natural decorrente do fim da gestação. Ao longo de toda a gravidez o corpo da mulher já vai se preparando para o parto. Parir é tão fisiológico para o organismo materno quanto respirar (SOUZA et al., 2013).

O papel do enfermeiro como agente executor do parto é proporcionar uma assistência que torne o momento do parto seguro, mas também prazeroso para a mãe. É o nascimento de seu filho, de sua família, é um momento que caracteriza profundas transformações sociais. A assistência prestada deve vir para somar nesse momento e não o contrário. O foco é a mulher e o nascimento de seu filho. As tecnologias são para auxiliá-la neste momento e não para tomarem seu protagonismo (NASCIMENTO et al., 2010).

O parto é algo instintivo, é o desfecho natural do período gravídico para o organismo materno, assim como o corpo feminino é anatomicamente e fisiologicamente preparado para uma provável gestação, a capacidade de parir é inerente ao ser mulher, é obra da engenharia celestial. Logo não é algo manipulável e controlável por outros, logo sua execução cabe exclusivamente a própria mulher. É ela, mais do

que qualquer profissional, quem tem a maior capacidade de conduzir e executar o parto (BALASKAS, 2015a).

A mulher já nasce com essa capacidade, logo, ela precisa apenas aprender a exteriorizá-la e desenvolvendo-a através de uma atitude de confiança em si mesma. A gestante precisa acreditar que é capaz, do contrário o parto, que poderia ser um evento prazeroso e revigorante, se tornará um momento ainda mais doloroso e traumático devido à falta de preparação psicológica materna (PEREIRA; BENTO, 2011).

Caso haja complicações e o parto natural seja inviável o enfermeiro deve tranquilizar a parturiente de modo a transmitir-lhe que apesar da nova necessidade e de todo seu esforço para o desfecho em um parto normal ela não perdeu sua capacidade de parir e de ser mãe. Ela fez sua parte. É importante destacar isto, pois apesar de inúmeras mulheres terem pavor do parto normal, para outras tantas ter um parto normal é ratificar sua capacidade de gestar, parir, de ser mulher, de ser mãe (BALASKAS, 2015a).

As tecnologias e avanços da medicina obstétrica moderna quando bem aplicadas, sob justas e evidentes indicações, promovem mais benefícios à saúde de mãe e filho do que prejuízos. Para tanto não se deve, ainda, descuidar em nenhum momento durante a assistência do aspecto emocional da gestante. Este é profundamente impactado por todas essas ações durante a parturição e influi, de forma decisiva, em seu bem estar como, por exemplo, no desenvolvimento de um quadro de depressão pós-parto (DINIZ; DUARTE, 2004).

Não é ilusão afirmar que a mulher tem a capacidade natural de parir e, portanto de suportar a dor. Seu próprio organismo libera substâncias que promovem este alívio e há também os métodos não farmacológicos para alívio da dor para auxiliá-la. O principal método é a informação e criação do vínculo de confiança com a mulher. Fazê-la acreditar em seu potencial, através de informações e dados científicos que evidenciam isto, se sentir segura e confiante é a principal forma de prepará-la para suportar a dor que se seguirá ao trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para que a assistência ao parto seja qualificada e realmente humanizada não basta apenas o uso de técnicas e ações que promovam a naturalização do parto. É

necessário e, dever do profissional que assiste ao parto, ofertar uma assistência integral que visa todas as necessidades da mulher, incluindo as psicológicas e emocionais. O fator principal que determina, em um parto sem complicações obstétricas, um parto difícil ou não é o emocional da mulher. Cabe ao enfermeiro assistir as demandas emocionais de carinho, paciência, atenção, conforto, segurança, respeito e privacidade que a parturiente vier a apresentar (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O enfermeiro ainda, ao analisar o risco obstétrico direciona as condutas a serem tomadas pela equipe. Através dessa análise o enfermeiro, por exemplo, prescreve um plano de ações e cuidados para assistência ao parto e verificada a ausência de qualquer intercorrência que indique intervenções médicas e cirúrgicas, não há necessidade de restringir a alimentação da gestante, enfraquecendo-a num momento em que ela precisa de muita energia para contribuir de forma ativa no parto e nascimento de seu filho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; DINIZ; DUARTE, 2004).

O pós-parto também deve ser alvo da assistência humanizada ao parto do enfermeiro, visto que neste período se desenrolam todas as morbidades, como dor e desconforto perineal, oriundas de complicações naturais do próprio TP, de procedimentos executados, de possíveis iatrogenias de procedimentos desnecessários ou não. Ainda há toda a preocupação por parte dos pais, principalmente da mãe, nos cuidados ao recém-nascido, cólicas, amamentação, banho, entre outros, que desgastam a mãe (FRANCISCO et al., 2011).

O enfermeiro na cena do parto atua como facilitador da promoção do parto natural. Ele deve ter um olhar amplo e holístico sobre toda a assistência, direcionando-a segundo seu planejamento e as escolhas e decisões maternas. Ser agente executor da humanização do parto humanizado implica acolher, ouvir, amar, se importar com o outro. Assistir de forma integral, ética, acolhedora e eficiente, propiciando um ambiente agradável para uma experiência parturitiva saudável é exercer o cuidar em sua mais íntima essência, o qual, é relevante sempre ressaltar, é a verdadeira gênese do exercício da enfermagem (WALDOW, 2010b).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeras são as considerações e os desafios contemporâneos no que diz respeito a humanização da assistência ao parto e nascimento e à consolidação do exercício pleno da enfermagem obstétrica. Embasado nisto, a problemática deste trabalho se desenvolveu tendo como foco central quais as ações de enfermagem que realmente contribuem e favorecem um parto humanizado e logo um desfecho mais saudável para mãe e filho.

O nascer é um ato sublime e sagrado que não pertence a nenhum profissional, mas somente a mãe, seu filho e sua família. Por ser um ato de amor, permeado do mistério da criação envolve muitos aspectos emocionais, afetivos, sociais e familiares. Assistir a um trabalho de parto é assistir ao nascimento de mais uma vida, de uma família, da maternidade, da paternidade e não somente à saída do feto do útero.

A gênese da enfermagem é o cuidar e este se baseia no ser humano e em suas necessidades. Negá-la durante o exercício da profissão é negar a essência do enfermeiro, de suas diretrizes. O enfermeiro está para cuidar e, sim, amar. Não se pode cuidar de alguém sem se ter ao menos um sentimento de respeito pela pessoa cuidada. Entendendo que o amor não é um sentimento e sim um comportamento, seu exercício diário na enfermagem decorre do comprometimento com o bem estar do outro e logo com uma assistência qualificada, respeitosa, ética e humana.

Amando, se preocupando com o bem estar do paciente torna mais fácil o cuidar, o zelar e a percepção atenta e qualificada das necessidades psicoemocionais e sociais do mesmo. Uma assistência sem este olhar holístico para a integralidade do ser humano torna-se defasada e fadada ao fracasso, visto que não será exercida com foco no principal, que é o ser humano. Sabe-se que o físico está profundamente interligado ao estado emocional e bem estar da pessoa. Quanto mais segura, acolhida, amada a pessoa se sentir melhor será a evolução para cura.

E isto não difere da assistência ao parto. Vimos que anatomicamente e fisiologicamente o organismo materno ao longo da gestação se prepara para o momento do parto. As adaptações maternas visam, também, o preparo para o desfecho gestacional, com o trabalho de parto e parto. O conhecimento acerca disto torna-nos seguro quanto à naturalidade do parto e a não necessidade de

intervenções desnecessárias no progresso do mesmo. Intervenções salvam vidas quando bem aplicadas sob justos e reais riscos a mãe e ao filho, fora isto atrapalham, mecanizam e esfriam o momento do parto.

O enfermeiro dotado de conhecimento e como agente cuidador tem hoje diante das mais variadas descrições teóricas ações terapêuticas em prol de uma assistência humana, a outro ser humano. Lembrando que o nascer é um processo natural e sagrado a qual deve contemplar muito mais que um contato frio e técnico. Deve-se adotar um olhar contemplativo de todo o contexto e, reverter, muitas vezes, o cenário em favor aos desejos maternos possíveis.

A obstetrícia tem o privilégio de lidar com o dom mais precioso de Deus, o nascer de uma nova vida, um mistério sublime, onde Deus compartilha com suas criaturas o dom da criação. A ciência explica o desenvolvimento físico, mas é imperfeita ao explicar a magnitude de emoções que nascem com a nova vida, que transforma, para melhor ou para pior, todos e tudo ao seu redor. É um momento de profundas transformações, todas as atenções estão sobre a mulher e também toda a pressão para que ela seja uma boa mãe e continue a ser boa esposa, filha, etc.

A maternidade é um dom que nasce junto ao nascimento do filho. Apesar de ser hormonal o primeiro encantamento que a mulher sente pelo filho, ela não é uma mãe pronta. Da mesma forma que o desenvolvimento e crescimento do bebê decorre tempo a maternidade também é construída aos poucos. Ela está aprendendo a ser mãe assim como o bebê está aprendendo a sobreviver e viver no mundo fora do útero. No momento do trabalho de parto tudo o que a mulher menos precisa é de posturas recriminatórias, frias e puramente tecnicistas.

O parto humanizado é muito mais que um conceito é um modo de assistir. Nas diversas ações da assistência o respeito, a valorização da mulher enquanto pessoa, enquanto mãe deve estar presente. O enfermeiro tem o papel de aproximar a realidade da assistência à humanidade, as necessidades da mulher. Uma postura acolhedora, que se propõe a ouvir, a atender e esclarecer cada dúvida, incerteza e medo, a discutir junto às ações é primordial para a tranquilidade da mulher e do decurso do trabalho de parto.

A proposta da humanização do parto visa, então, resgatar a essência do cuidar na assistência. Muitos são os desafios para que a assistência prestada a parturiente

seja verdadeiramente humanizada, pois para se alcançar isto é imperativo uma mudança na formação acadêmica, na postura e no modo de acolher e assistir dos profissionais. São eles, quem proporcionam ou coíbem a realização de um parto humanizado. Se o enfermeiro se propõe a humanizar sua assistência, sejam quais forem as barreiras, físicas, estruturais, humanas, financeiras, ele irá, dentro de suas possibilidades, favorecer, tanto quanto possível o decurso natural do parto.

Entretanto vale ressaltar que boa vontade e achismos não cabem na assistência de enfermagem ao parto. A humanização engloba sim uma postura acolhedora, respeitosa, mas também diz respeito ao modo como se pratica as ações e intervenções necessárias ao trabalho de parto. É preciso conhecimento quanto a fisiologia parturitiva para recomendar, por exemplo, as posições que aliviam a dor e ao mesmo tempo não prejudicam a efetividade das contrações e logo o progresso do parto. Conhecimento empodera e qualifica o profissional, deixando-o tranquilo quanto à segurança da assistência, permitindo-lhe assumir uma postura humanizada.

É triste reconhecer que as elevadas taxas de mortalidade materna são reflexos da má qualidade da assistência ao pré-natal e parto principalmente. É urgente o resgate da essência do cuidar na assistência, o resgate da humanidade, da valorização da pessoa cuidada. Humanizar o parto vai além de técnicas, as quais são cruciais, é o se importar com a dor e as necessidades da paciente, enxergá-la enquanto ser humano carente de carinho e segurança. Somos nós enquanto enfermeiros quem devemos fornecer este apoio, este conforto.

Cuidar sem valorizar a riqueza de significados que engloba o processo da parturição, do nascer é negligenciar a magnitude deste evento. É preciso se propor a ouvir e se adaptar as necessidades da parturiente, sejam quanto ao ambiente físico ou ao número de profissionais no quarto, por exemplo. Assistir ao nascer é assistir ao sagrado, ao milagre da vida e para tal é imprescindível um olhar terno, ético, profissional e humano que mantém a segurança e bem estar de mãe e filho sem deixar de acolher. É amar a profissão e exercê-la com esmero, com zelo, com afeto.

Muito se engana quem pensa que ao lidar com pessoas não há troca de afeto, de carinho. Apesar de ser uma linha tênue, é diferente se envolver emocionalmente na situação e assistir com carinho e dedicação. Enfermeiros são pessoas dotadas de sentimento, de emoção que, como qualquer outro ser humano, ao se relacionar com

outra pessoa troca sentimentos e emoções, sejam positivas ou negativas. É um exercício diário assistir com dedicação visando o bem estar da paciente, mesmo em dias nublados emocionalmente. É o querer cuidar, zelar que faz a diferença. É preciso querer humanizar e, logo, estar aberto a mudanças.

A enfermagem obstétrica enfrenta um cenário de consolidação e ainda são muitas as barreiras a serem derrubadas, desde pré-conceitos da classe médica, o desconhecimento da população, a carência de formações acadêmicas humanizadas até a própria desvalorização profissional. Mas estamos a caminho. Como proposta para estudos futuros temos a análise das ações de humanização do parto com seus reflexos maternos e neonatais na prática em maternidades da grande Vitória.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar do Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf>. Acesso em 28 mar. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº. 368, de 06 de janeiro de 2015. **Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.** 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em 03 br. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº.398, de 05 de fevereiro de 2016. **Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.** 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>>. Acesso em 03 abr. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº. 36, de 03 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.** 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em 02 abr. 2016.

ANANTHARAMAN, Priya; SCHMIDT, Rebecca J.; HOLLEY, Jean L. Gravidez e Doença Renal. In: LERMA, Edgar V; BERUS, Jeffrey S.; NISSENSON, Allen R. **Current: Diagnóstico e Tratamento: Nefrologia e Hipertensão.** Porto Alegre: AMGH, 2011. p. 492-. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=6KUKlfx_vrEC&pg=PT502&dq=altera%C3%A7%C3%B5es+fisiol%C3%B3gicas+da+gravidez&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwj54ej_o_nMAhWGhJAKHQAOAK4Q6AEIOTAD#v=onepage&q&f=true>. Acesso em 26 maio 2016.

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ovários Policísticos – O que é, Causas e Sintomas, Prevenção e Tratamentos.** 2015. Disponível em: <www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/guia-de-saude-e-bem-estar/ovarios-policisticos-o-que-e-causas-e-sintomas-prevencao-e-tratamentos> . Acesso em 08 mar. 2016.

BALASKAS, Janet. O que é um Parto Ativo? In:_____. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural (a história e a fisiologia de uma revolução)**. 3. ed. rev., atual. e aum. São Paulo: Ground, 2015a. p. 47-74.

BALASKAS, Janet. A fisiologia hormonal do parto. In:_____. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural (a história e a fisiologia de uma revolução)**. 3. ed. rev., atual. e aum.. São Paulo: Ground, 2015b. p.75-97.

BERNE, Robert M.; LEVY, Matthew N. Sistemas Reprodutores Masculino e Feminino. In: _____. **Fisiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 777-799.

BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Qual é a melhor via de parto para o feto prematuro? **FEMINA**, [S.l.], v. 38, n. 10, p. 543-546, out. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1713.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2016.

BRASIL. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf>. Acesso em 29 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em 29 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 29 mar. 2016.

BRASIL. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em 29 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, 1990. Brasília, DF. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#capitulovii>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 888, de 13 de julho de 1999. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=3577701&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=888&data=12/12/1998&dataFim=12/08/1999&ano=&pag=1#>. Acesso em 30 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em 29 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso 29 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 27 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, 07 abr. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 1.067, de 04 julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências**. Jul. 2005b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/page/2011/portaria_1067_2005_pdf_54704.pdf>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 2.418, de 02 de dezembro de 2005. **Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto**

imediate nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. 2005c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 743, de 20 de dezembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2005d. Seção 1, p. 124. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sihd/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** 3. ed. rev. Brasília: 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF, dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em 28 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 90 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>. Acesso em 03 fev. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 3 v. (Cadernos HumanizaSUS, Série B, Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em 28 jan. 2016.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf>. Acesso em 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 05 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 05 abr. 2016.

BRASIL. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em 11 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. A Saúde do Recém-Nascido no Brasil. In:_____. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde.** 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 1 v. p. 11 - 27. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cuidados na Hora do Nascimento. In:_____. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde.** 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 1 v. p. 29 - 52. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cuidados no Alojamento Conjunto. In:_____. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde.** 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 1 v. p. 83 - 95. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Aleitamento Materno. In:_____. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 1 v. p. 115 – 130. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf >. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 371, de 07 de maio de 2014. **Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2014e. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em 03 abr. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 11, de 07 de janeiro de 2015. **Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal**. 2015a. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em 28 mar. 2016.

BRASIL. **Projeto “Parto Adequado” reduz cesarianas em 42 hospitais**. 2015b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/10/projeto-parto-adequado-reduz-cesarianas-em-42-hospitais>>. Acesso em 01 abr. 2016.

BRASIL. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Ministério da Saúde. **Número de óbitos evitáveis segundo tipo de evitabilidade**. Dez. 2015c. Disponível em: < svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Acesso em 27 maio 2016.

BRASIL. Portaria nº. 306, de 28 de março de 2016. **Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, [Brasília, DF], 28 mar. 2016a. Disponível em: < http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/gineco_obstetricia/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf >. Acesso em 04 de abr. 2016.

BRASIL. **Caderneta da Gestante**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Número de internações por parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto normal em centro de parto normal (CPN), parto cesariano em gestação de alto e baixo risco e parto cesariano com laqueadura tubária.** mar. 2016c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Número de internações por parto normal e parto normal em gestação de alto risco no período de janeiro a março de 2016.** mar. 2016d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em 26 maio 2016.

BRUNNER; SUDDARTH. SMELTZER, Suzanne C. et al. [edit.]. Histórico e Cuidados nos Processos Fisiológicos Femininos. In:_____. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014a. v. 3. p.1402-1442.

BRUNNER; SUDDARTH. SMELTZER, Suzanne C. et al. [edit.]. Tratamento da dor. In:_____. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014b. v. 1. p. 226-259.

CAMPOS, Cassiane. A ciência da sexualidade e a curiosidade de crianças púberes: reflexões acerca de uma aula sobre o sistema reprodutor. **Política & Trabalho**, [S.l.], v. 43, p. 133-148, jul.-dez. 2015. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/323be5d8d5a9abb9917ca64dd8f03c19/1?pqorigsite=gscholar&cbl=2040281>>. Acesso em 02 maio 2016.

CAMIHORT, Gisela A. Órgãos da Reprodução e Generalidades. In: DUMM, César G. **Embriologia humana.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1-20.

CANELLA, Paulo R.B. A preparação psicológica para o parto. In: REZENDE-FILHO, Jorge de ; MONTENEGRO, Carlos A. B. **Obstetrícia.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 211-219.

CANESIN, Kariny F.; AMARAL, Waldemar N. do. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. **FEMINA**, [S.l.], v. 38, n. 8, p. 429-433, ago. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1587.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2016.

CARVALHO, Cynthia C. M. de; SOUZA, Alex S. R.; MORAES-FILHO, Olímpio B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA**, [S.l.], v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em 21 abr. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2016a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em 18 abr. 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>. Acesso em 01 maio 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 477, de 14 de abril de 2015. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas**. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html>. Acesso em 02 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 478, de 14 de abril de 2015. **Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências**. Brasília, DF, 14 abr. 2015b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html>. Acesso em 04 abr. 2016.

CONTI, C. R. Fisiologia. In:_____. **Sistema Cardiovascular**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. v. 8. p. 19–48. (Coleção Netter de Ilustrações Médicas). Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=DfckCwAAQBAJ&pg=PA26&dq=altera%C3%A7%C3%B5es+fisiol%C3%B3gicas+da+gravidez&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwjU_bTvv_rMAhXCS5AKHYF8CpkQ6AEISzAG#v=onepage&q&f=true>. Acesso em 26 maio 2016.

COSTANZO, Linda S. Fisiologia Reprodutora. In:_____. **Fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 431-441.

COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr.-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377/pdf>>. Acesso em 03 nov. 2015.

CUNHA, Alfredo de A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, [S.l.], v. 38, n. 11, p. 599-606, nov. 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_599-606.pdf>. Acesso em 16 mar. 2016.

CHICAYBAN, Luciano M.; DIAS, Simone A. A. N. Análise da função pulmonar em gestantes e não gestantes. **Perspectivas Online**, [S.l.], v. 4, n. 15, p. 144 – 150, 2010. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/452/361>. Acesso em 02 fev. 2016.

CRUZ, Andréa P. da. Parto natural e parto normal: qual a diferença? **Revista Enfermagem**, São Paulo, a. 10, n. 81, p. 20-23, jul. 2009. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf>. Acesso em 05 maio 2016.

DAMACENO, Dayara Cardoso. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de saúde. **FACIDER Revista Científica**, Colíder, n. 7, p. 1-13, out. 2015. Disponível em: <<http://sei-cesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167>>. Acesso em 05 maio 2016.

DANGELO, José G.; FANTINI, Carlo A. Sistema Genital Feminino. In: _____. **Anatomia humana básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 189-198.

DINIZ, Simone G.; DUARTE, Ana C. Como planejar seu parto. In: _____. **Parto normal ou cesárea?: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: UNESP, 2004. p. 63-113.

DINIZ, Carmem S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em 05 fev. 2016.

FRANCISCO, Adriana A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 94-100, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14>>. Acesso em 23 abr. 2016.

GALÃO, Adriani O.; SALAZAR, Cristiano C.; FREITAS, Fernando. Mecanismo do Parto. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 310-328. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=7KoETvUPVKMC&pg=PT267&lpg=PT267&dq=assist%C3%A2ncia+ao+parto+normal+um+guia+pr%C3%A1tico+da+organiza%C3%A7%C3%A3o+mundial+de+sa%C3%BAde+%E2%80%93+2000&source=bl&ots=2RzRstAuSo&sig=w4MH2j0OIfVgTtkctgvWILTwZk&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwit5NXZvMPMAhWDfpAKHepqA3QQ6AEIRzAH#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em 05 maio 2016.

GALLO, Rubneide B. S. et. al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 41-48, jan. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2016.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Maysa L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225904.pdf/1.0>>. Acesso 10 abr. 2016.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Fisiologia Feminina Antes da Gravidez e Hormônios Femininos. In:_____. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011a. p. 1041-1057.

GUYTON, Arthur C.; HALLA, John E. Gravidez e Lactação. In:_____. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011b. p. 1059-1070.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Sensações Somáticas: II. Dor, Cefaleia e Sensações Térmicas. In:_____. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011c. p. 617-628.

HADDAD, Samira E. M. T.; CECATTI, José G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 252-262, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500008>. Acesso em 10 maio 2016.

HUNTER, James C. **O monge e o executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret S. **Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KILPATRICK, Sarah; GARRISON, Etoi. Trabalho de Parto e Parto Normais. In: GABE, Steven G. et. al. **Obstetrícia: Gravidez Normal e Patológica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 265-286. Disponível em: <<https://books.google.com.br/>

books?id=o_gkCwAAQBAJ&pg=PA281&lpg=PA281&dq=manejo+do+reparo+perineal+p%C3%B3s+parto&source=bl&ots=2qHQpDOfEX&sig=ZMA32PECS6_6HoJM3sCeGt2v2A&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwiog66JptvNAhVBkZAKHV0VDYYQ6AEIPDAG#v=onepage&q&f=true>. Acesso em 20 maio 2016.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf>. Acesso em 20 abr. 2016.

LIMA, Eliane N. de; PASQUINI, Valdiléia Z. Assistência humanizada ao parto: reflexões sobre a atuação da enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm UNISA**, [S.l.], v. 7, n. 5-8, p. 21-26, 2006. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-04.pdf>>. Acesso em 29 maio 2016.

LOPES, José M. C. **Fisiopatologia da dor**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Fisiopatologia_da_Dor_.pdf>. Acesso em 18 mar. 2016.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. et al. Assistência ao Trabalho de Parto. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 310-328. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=7KoETvUPVKMC&pg=PT267&lpg=PT267&dq=assist%C3%A2ncia+ao+parto+normal+um+guia+pr%C3%A1tico+da+organiza%C3%A7%C3%A3o+mundial+de+sa%C3%BAde+%E2%80%93+2000&source=bl&ots=2RzRstAuSo&sig=w4MH-2j0OIfVgTtkctgWILTtwZk&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwit5NXZvMPMAhWDfpAKHepqA3QQ6AEIRzAH#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em 05 maio 2016.

MASSUCATTI, Lais A.; PEREIRA, Roberta A.; MAIOLI, Tatiani U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [S.l.], v. 1, n.1, p. 70 – 79, 2012. Disponível em: <<http://proens.uf tm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/329/279>>. Acesso em 26 maio 2016.

MAZONI, Simone R.; CARVALHO, Emília C. de; SANTOS, Cláudia B. dos. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n.1 (Spec), p. 88-96, jan.-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_12.pdf>. Acesso em 17 mar. 2016.

MERIGHI, Miriam A. B.; CARVALHO, Geraldo M. de; SULETRONI, Vivian P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_19.pdf>

>. Acesso em 12 maio 2016.

MILBRATH, Viviane M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 462-467, jul.-set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 21 jan. 2016.

MOISÉS, Elaine C. D. et al. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. **FEMINA**, [S.l.], v. 39, n. 8, p. 409-412, ago. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2697.pdf>>. Acesso em 27 maio 2016.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. Bases Morfológicas e Funcionais do Sistema Genital. In:_____. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011a. p. 35-48.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. Endocrinologia da gravidez. In:_____. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011b. p. 81-84.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. Modificações do Organismo Materno. In:_____. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011c. p. 101-119.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. Estática Fetal. In:_____. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011d. p. 168-176.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. Estudo da Bacia. In:_____. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011e. p. 177-184.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de; PEREIRA, Marcos N. Mecanismo do Parto. In: MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 238-243.

MONTENEGRO, Carlos A. B.; BRAGA, Antônio; REZENDE-FILHO, Jorge de. Parto. Estudo Clínico e Assistência. In: MONTENEGRO, Carlos A. B.; REZENDE-FILHO, Jorge de. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 244-260..

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N. O Início do Desenvolvimento Humano: Primeira Semana. In:_____. **Embriologia clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 15 - 42. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=Q1-EDJspAVEC&printsec=frontcover&dq=embriologia+cl%C3%ADnica+2011&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwimwYDcjPvMAhWEjpAKHU05DBcQ6AEIJAA#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em 26 maio 2016.

MOREIRA, Luciana Sobral et al. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **FEMINA**, [S.l.], v. 39, n. 5, p. 241-244, mai. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n5/a2505.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2015.

MOURA, Heloisa et al. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. **Ann. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 111-119, jan.-fev. 2011. Disponível em: <www.scielo.com.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a15.pdf>. Acesso em 08 mar. 2016.

NASCIMENTO, Natália M. do et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizado por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 456-461, jul.-set. 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Octavio_Vargens/publication/49943728_Tecnologias_nao_invasivas_de_cuidado_no_parto_realizadas_por_enfermeiras_a_percepcao_de_mulheres/links/56753dad08ae125516e641a0.pdf>. Acesso em 05 jan. 2016.

NETTER, Frank H. Diferenças Sexuais da Pelve: Medidas. In:_____. **Atlas de Anatomia Humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. P. 334

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**, 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em 05 mar. 2016.

OSÓRIO, Samara M. B.; SILVA JÚNIOR, Lourival G. da; NICOLAU, Ana I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev. Rene.**, [S.l.], v. 15, n.1, p. 174-184, jan.-fev. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11708/1/2014_art_smbosorio.pdf>. Acesso em 29 maio 2016.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em 22 mar. 2016.

PASCHE, Dário F.; VILELA, Maria E. de A.; MARTINS, Cátia P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 105-117, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>>. Acesso em 28 mar. 2016.

PERDONI, Fernanda R. I.; BONILHA, Ana L. de L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 445-452, jul.-set. 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/72182>>. Acesso em 10 abr. 2016.

PEREIRA, Adriana L. de F.; BENTO, Amanda D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, jul.-set. 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12285/1/2011_art_alfpereira.pdf>. Acesso em 19 maio 2016.

PEREIRA, Marcos Nakamura; CUNHA, Alfredo de Almeida; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. Considerações sobre o parto na gestação gemelar diamniótica. **FEMINA**, [S.l.] v. 37, n. 8, p.437-442, ago. 2009. Disponível em:<<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n8p437-42.pdf>>. Acesso em 29 nov. 2015.

PICON, José D.; SÁ, Ana M. P. O. A. de. Alterações hemodinâmicas na gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, [S.l.], a. 14, n. 5, p. 1-2, 2005. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/05/Artigo01.pdf>>. Acesso em 26 maio 2016.

PORTO, Ana M. F.; AMORIM, Melania M. R.; SOUZA, Alex S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, [S.l.], v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf>. Acesso em 25 abr. 2016.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em 29 maio 2016.

RICCI, Susan S. Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor. In:_____. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008a. p. 24-31.

RICCI, Susan S. Adaptação Materna Durante a Gravidez. In:_____. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008b. p. 202-213.

RICCI, Susan S. Trabalho de Parto e Processo de Nascimento. In:_____. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008c. p. 265-285.

RIZZARDI, Camilla D. do L.; TEIXEIRA, Manoel J.; SIQUEIRA, Silvia R. D. T. de. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 483-487, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf>. Acesso em 16 mar. 2016.

RODRIGUES, Daniela Natália; COSTA, Poliana Morais de Araújo; ROSADO, Luiza Emylce Pelá. Impacto da cesárea eletiva no desfecho neonatal gemelar: revisão sistemática. **FEMINA**, [S.l.], v. 42, n. 6, p. 283-288, nov.- dez. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4829.pdf>>. Acesso em 05 dez 2015.

STRANDING, Susan. **Gray's Anatomia - A base anatômica da prática clínica**. Trad. Denise Costa Rodrigues et al. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=bJP2VMQGNLQC&pg=PA1300&dq=anatomia+e+fisiologia+do+parto&hl=pt-BR&as=X&ved=0CDMQ6AEwBTgKahUKEwj ojuKZzvfHAhVGIZAKHRSCjs#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em 30 out. 2015.

SABATINO, Hugo. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Tempus Acta de Saúde Coletiva** [S.l.], v. 4, n. 4, p. 143- 148, 2010. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/841/804>>. Acesso em 05 jan. 2016.

SALLY, Elnice de Oliveira Fonseca; ANJOS, Luiz Antônio dos; WAHRLICH, Vivian. Metabolismo basal durante a gravidez: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 2, p. 413-430, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2015.

SANTOS, Anita C. dos; OLIVEIRA, Adriana L. de. Política nacional de humanização como estratégia na implementação do SUS. **Revista CEREUS**, Gurupi, v. 4, n. 2, p. 85-97, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/viewFile/250/105>>. Acesso em 22 mar. 2016.

SENA, Chalana D. de et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 523-529, set.–dez. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3365/pdf>>. Acesso em 23 mar. 2016.

SILVA, José A. da; RIBEIRO-FILHO, Nilton P. A dor como um problema psicofísico. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11>>. Acesso em 16 mar. 2016.

SILVA, Lia M. e et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>>. Acesso em 16 maio 2016.

SILVA, Rennan César da; TUFANIN, Andréa Thomazine. Alterações respiratórias e biomecânicas durante o terceiro trimestre de gestação: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica saúde e ciência**, Goiânia, v. 3, n. 2, p. 28-37, 2013. Disponível em: <<http://www.rescceafi.com.br/vol3/n2/artigo%2003%20pags%2028a37.pdf>>. Acesso em 04 mar. 2016.

SILVA, Rose M. C. R. A.; OLIVEIRA, Denize C. de; PEREIRA, Eliane R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. 936-944, set.-out. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/106165/104834>>. Acesso em 22 mar. 2016.

SILVA, Susanne P. C. e; PRATES, Renata de C. G.; CAMPELO, Bruna Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 1-9, abr. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acesso em 27 fev. 2016.

SILVA, Taís F. da; COSTA, Guilherme A. B.; PEREIRA, Adriana L. de F. Cuidados de Enfermagem Obstétrica no Parto Normal. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 82-87, jan.-mar. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21116/13942>>. Acesso em 21 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. ALMEIDA, Maria F. B. de; GUINSBURG, Ruth (coord.). **Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo, 26 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/reanimacao/wpcontent/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf>>. Acesso em 20 maio 2016.

SOUZA, Camila M. de et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 743-754, out.-dez. 2013. Disponível em:

<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767959>>. Acesso em 20 maio 2016.

SOUZA, Talia G. de. Trabalho de parto e parto. In: BALASKAS, Janet. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural (a história e a fisiologia de uma revolução)**. 3 ed. rev., atual. e aum.. São Paulo: Ground, 2015. p.187-259.

TEIXEIRA, Kadja. **Posições e recursos no trabalho de parto**. 26 out. 2015. Disponível em: <<http://educacaoprenatal.blogspot.com.br/2015/10/posicoes-e-recursos-para-o-trabalho-de.html>>. Acesso em 13 maio 2016.

TEIXEIRA, Ivonete R.; AMARAL, Renata M. S.; MAGALHÃES, Sérgio R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **e-Scientia**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010. Disponível em: <revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166/96>. Acesso em 11 abr. 2016.

TELES, Liana M. R. et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante na opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 688-694, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20366/13527>>. Acesso em 05 fev. 2016.

TESSER, Charles D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em: 29 maio 2016.

VARGENS, Octavio M. da C. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr. - jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em 12 abr. 2016.

WALDOW, Vera R. Enfermagem e o cuidado: uma relação. In:_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010a. p. 63-85.

WALDOW, Vera R. Ressignificando o cuidado: atualização e integralização. In:_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010b. p. 86-112.

WINCK, Daniela R.; BRUGGEMANN, Odaléa M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 464-469, maio-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167201000300019&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em 20 abr. 2016.