

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

MARCIEL PASSOS BOSONI

**A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O PARTO HUMANIZADO**

VITÓRIA  
2016

MARCIEL PASSOS BOSONI

## **A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O PARTO HUMANIZADO**

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: Prof. Dra. Andressa Bolsoni Lopes

VITÓRIA  
2016

MARCIEL PASSOS BOSONI

## **A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O PARTO HUMANIZADO**

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:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Andressa Bolsoni Lopes - Orientador

\_\_\_\_\_  
Prof. Daliana Lopes Moraes, Instituição

\_\_\_\_\_  
Prof. Giovanna Fonseca Scardino, Instituição

Dedico este trabalho a meus Pais; minha Esposa e Meu Filho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por até aqui ter me ajudado, não deixando que nada me faltasse, iluminando minha mente através da luz do seu Espírito.

Agradeço minha família, minha esposa, Keiliane Lopes da Silva Bosoni, pela paciência mesmo nos momentos em que o estudo me tomava o tempo que seria dedicado a ela. Agradeço a meu filho Davi por ser minha inspiração e por me ensinar mesmo sem saber, por todo amor que recebi, pois sem o apoio e compreensão deles não teria chegado até aqui.

Agradeço a minha Mãe Antônia Luzia Passos e ao meu Pai Alcides Antônio Bosoni, por me apoiarem mesmo a distancia o amor deles me impulsiona a cada dia. A meus irmãos, Laura Passos, Simoni Passos Bosoni, Marcio Antonio Bosoni e Eliane Passos Bosoni, por todo apoio recebido.

Aos meus Professores, em especial a minha orientadora Doutora Andressa Bolsoni Lopes, que foi fundamental para conclusão deste trabalho.

A todos amigos da turma de 2013, por terem me apoiado, a eles desejo muito sucesso.

"Um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima."  
(Louis Pasteur).

## RESUMO

O processo de gestação e parto no Brasil ainda precisa de muitas mudanças e aprimoramentos para que possa ser realizado de forma humanizada. Por exemplo, existe uma quantidade exagerada de cesarianas realizadas sem indicação no País, sendo que a maioria é realizada sem indicação, apenas por determinação do profissional de saúde ou por conveniência da gestante, sendo assim a mulher não é orientada pelos profissionais sobre os riscos e benefícios deste procedimento quando realizado sem critério, além de não preparar a gestante e orientá-la sobre os benefícios do parto normal. O Ministério da Saúde vem através de políticas públicas incentivando e orientando sobre a importância do parto humanizado, onde a gestante assume o papel principal desse processo que hoje vem sendo assumido pelos profissionais que decidem o que vai ser feito, não dando espaço para a opinião da mulher. O profissional de enfermagem vem sendo uma peça fundamental para o resgate do parto realizado de maneira normal e humanizada, por fazer parte de sua formação generalista e científica, o enfermeiro pode atuar no acompanhamento da gestação e na realização do parto normal sem distócia, tendo capacidade e respaldo para isso, sendo assim, vem ganhando campo de atuação cercado de grandes responsabilidades onde é fundamental seu aprimoramento técnico-científico, para que em conjunto com os demais profissionais faça esse plano de humanização definitivamente se torne uma realidade em nosso País. Dessa forma o objetivo deste trabalho foi descrever a participação do enfermeiro no processo de gestação, assim como no incentivo e realização do parto humanizado.

**Palavras-chave:** Parto Humanização, Pré-natal, Enfermeiro.

## **ABSTRACT**

The pregnancy process and childbirth in Brazil still needs many changes and improvements to become a humane way. For example, there is an exaggerated number of cesareans performed no indication in the country, most of which is performed without indication, only by determining the health professional or convenience of the pregnant woman, so the woman is not guided by professionals on the risks and this beneficial procedure when performed without discretion, and not prepare the mother and guide you on the benefits of normal birth. The Ministry of Health has been through public policies encouraging and advising on the importance of humanized birth, where the mother takes on the main role of this process that is now being taken over by professionals who decide what will be done, leaving no room for the view woman. Professional nursing has been a key piece to the rescue of delivery performed in normal and humane way, to be part of their general and scientific training, nurses can work in monitoring the pregnancy and the vaginal delivery without dystocia, and capacity and support for this, therefore, is gaining fenced playing field of great responsibility which is fundamental its technical-scientific improvement, so that together with other professionals make this humanization plan definitely become a reality in our country. thus the aim of this study was to describe the participation of nurses in the process of development, as well as in encouraging and carrying out the humanizing parturition.

**Keywords:** Humanizing Parturition; Prenatal; Nurse.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
2.1 FISILOGIA DO TRABALHO DE PARTO .....	19
2.2 SINAIS DO INICIO DO TRABALHO DE PARTO .....	20
2.3 FASES DO PARTO NORMAL.....	22
2.4 MECANISMOS DO PARTO .....	25
2.5 VARIAÇÕES DO PARTO NORMAL .....	32
2.6 PARTO CESÁREA.....	33
2.7 POLÍTICAS PUBLICAS SOBRE O PARTO HUMANIZADO .....	35
2.8 O REAL SIGNIFICADO DO PARTO HUMANIZADO .....	37
2.9 FATORES QUE INFLUECIAM NA DECISAO DAS GESTANTES SOBRE O TIPO DE PARTO .....	39
2.10 GRUPO DE GESTANTES.....	43
2.11 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO E REALIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO .....	44
2.12 ENFERMEIRO NA MATERNIDADE: SAE -PROCESSO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE .....	50
2.13 ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL E PARTO DOMICILIAR .....	58
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A interpretação da sociedade sobre determinados assuntos embasados nas opiniões de representantes técnicos, reforçados pela mídia e somado a cultura de cada pessoa, tem o poder de influenciar nas decisões tomadas por cada indivíduo, dessa forma as pessoas deixam de ter uma opinião própria e assumem um papel passivo, deixando as decisões sobre certos assuntos pessoais importantes a cargo dos que são “capacitados para isso”, deixando muitas vezes de ser protagonistas de suas próprias vidas (MOSCOVICI, 2009).

A gestação e parto são um destes exemplos. A autonomia médica da decisão do tipo de intervenção sobre o corpo da mulher grávida atualmente no Brasil, reforçam essa influência social e cultural, além dos interesses financeiros corporativos e do foco tecnicista na formação médica, que de certa forma justifica o aumento no número de cesarianas e sua indicação; a mulher passa a ver o parto como algo desconhecido e dolorido, um pensamento gerado principalmente pela falta de uma orientação profissional correta sobre o parto normal e suas vantagens e benefícios para mãe e o filho (SPINK, 2003).

Levando em conta a quantidade de cesarianas realizadas atualmente no Brasil (37,9% dos partos), se vê que está longe do padrão normatizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 15%, e mesmo esta quantidade de cesarianas segundo a, OMS, são reservados para os casos de urgência onde o parto normal oferecesse risco para a mãe ou o bebê, porém, as mulheres envolvidas nesta cultura da cesariana, pela conduta intervencionistas do médico, acabam acreditando que a qualidade do parto está relacionado as tecnologias utilizadas na cirurgia de cesariana (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a participação do enfermeiro no processo de gestação, assim como no incentivo e realização do parto humanizado.

Este estudo torna-se relevante, uma vez que, irá demonstrar a importância do profissional enfermeiro para que o processo de gestação e parto sejam realmente humanizados e qual é o real significado da humanização neste contexto; e auxiliará os profissionais a compreender os fatores que influenciam na decisão das mulheres sobre o tipo de parto.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que foi realizada no período de janeiro a junho de 2016 sobre a temática: A contribuição do enfermeiro para o parto humanizado. O levantamento de dados foi feito através das bases Lilacs, Scielo, Bvs, Os descritores utilizados foram: Humanização, Parto humanizado, Enfermeiro. foram incluídos estudos no período de 2000 a 2016, do tipo, Artigos científicos, Monografias, Teses, Políticas do Ministério da Saúde.

## 2 REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 FISILOGIA DO TRABALHO DE PARTO

A partir do momento em que o feto atinge seu tamanho crítico, este promove uma distensão uterina que somada ao estiramento das fibras do músculo aumentam sua contratilidade. Mesmo antes do fim do processo gestacional, o útero sofre eventuais contrações rítmicas de pouca força e frequência, denominadas Braxton-Hicks. Para que o feto seja expulso e o parto ocorra é preciso haver contrações mais fortes, que vão ocorrer através do estímulo de dois hormônios, a ocitocina, em seguida as prostaglandinas, particularmente a PGE2 e PGF2 $\alpha$ .

A parte externa do córtex da glândula suprarrenal do feto produz o cortisol, e a parte interna produz a dehidroepiandrosterona (DHEA-S), no momento em que o DHEA-S entra em contato com a placenta é transformado em estrogênio principalmente em estriol, que vão estimular o útero a aumentar receptores de ocitocina, prostaglandinas e de junções gap em meio as células do miométrio, dessa forma, os receptores de ocitocinas e prostaglandinas presentes no miométrio o torna sensível a estes hormônios. As junções gap possibilitam a sincronização e distribuição das contrações uterinas (FERNANDES; FORTUNATO; PINTO, [20--]).

Segundo o mesmo autor estes fatos podem ter seu início hipoteticamente na placenta por meio da

[...] secreção do hormônio libertadora da corticotrofina (CRH). A CRH estimula a adenohipófise, que produz hormônio adrenocorticotrófica (ACTH) que vai estimular a supra-renal fetal. A CRH pode também atuar diretamente em receptores para a CRH, localizados na suprarrenal fetal. A estimulação, direta ou indireta, do córtex da suprarrenal fetal, resulta na secreção de cortisol e DHEA-S (FERNANDES; FORTUNATO; PINTO, [20--] p. 39).

A elevação da concentração de cortisol estimula o amadurecimento pulmonar do feto, aumentando também a quantidade de glicogênios. O cortisol também tem ação que torna possível um mecanismo de feedback positivo, pois incita a produção de CRH pela placenta, crescendo a síntese de DHEA-S e de si próprio (MONTENEGRO, 2011).

O DHEA-S se converte em estriol deixando o útero mais sensível as prostaglandinas e a ocitocina, nesse sentido a prostaglandina possibilita a entrada de cálcio nas células do miométrio fazendo com que o útero sofra contração. Ainda em relação à

ocitocina, mesmo que sua concentração plasmática não aumente com a aproximação do momento do parto, há um acréscimo notável de seus receptores nas células miometriais. A ocitocina torna as contrações do parto mais fortes, e sua ação é de suma importância no período expulsivo, além disso minimiza a perda de sangue impedindo as hemorragias (MONTENEGRO, 2011).

De acordo com Fernandes; Fortunato; Pinto ([20--], p. 39).

As contrações uterinas também podem ser moduladas pelas catecolaminas: a estimulação  $\alpha$ -adrenérgica promove as contrações uterinas e a estimulação  $\beta$ -adrenérgica (e os agonistas  $\beta$ , como a ritodrina, terbutalina e salbutamol) inibe as contrações. Em termos hormonais, assim que se dá a expulsão da placenta todos os seus produtos desaparecem do plasma, de acordo com as respectivas semi-vidas. Em geral, 48 a 72 horas após o nascimento, os hormônios esteroides e os peptídeos hormonais regressam aos níveis anteriores à gravidez.

## 2.2 SINAIS DO INICIO DO TRABALHO DE PARTO

### 2.2.1 O sinal

Quando se inicia o trabalho de parto, o tampão mucoso que preenche o canal cervical no período da gestação é expulso devido o amolecimento cervical e o aumento da pressão da apresentação fetal. Alguns capilares do colo uterino ficando expostos liberam uma pequena quantidade de sangue misturando-se ao muco e resultando em uma secreção rosada denominada sinal (RICCI, 2008).

### 2.2.2 Contrações de Braxton-Hicks

Durante todo o período gestacional, o útero apresenta atividade contrátil variando entre contrações de baixa e grande amplitude (BITAR; ZUGAIB, 2009). As contrações auxiliam na movimentação cervical da posição posterior para posição anterior, auxilia também para o amadurecimento e amolecimento do colo uterino, porém as contrações se apresentam irregulares diminuindo com a deambulação da gestante também ao urinar, comer, ao ingerir líquido ou na mudança de posição. Normalmente as contrações de Braxton-Hicks são descritas pelas gestantes como sensação de aperto ou repuxamento na parte superior do útero. Em geral a contração de Braxton-Hicks tem duração de 30 s, porém podem durar até 2 min, conforme o momento do parto vai se aproximando. Porém se ocorrerem contrações

com duração de mais de 30s, quatro a seis repetições por hora, a gestante devera ser examinada para possível parto prematuro, principalmente se ela estiver em período menor que 35 semanas de gestação (RICCI, 2008).

### **2.2.3 Ruptura espontânea das membranas**

Com a ruptura das membranas ocorre o extravasamento do liquido amniótico, embora uma considerável quantidade do liquido seja perdido na ruptura, um suprimento continuo vai sendo produzido assegurando a proteção do feto até o nascimento. E importante saber que após a ruptura do saco amniótico, deixa de existir a barreira de proteção contra infecção possibilitando uma infecção ascendente. Pode também ocorrer o risco de prolapso de cordão se o feto ainda não estiver corretamente encaixado (insinuação) por conta da liberação súbita do liquido e da pressão no momento da ruptura (RICCI, 2008).

### **2.2.4 Trabalho de Parto Verdadeiro e Trabalho de Parto Falso**

Nas ultimas semanas de algumas gestações podem ocorrer algumas contrações com frequências irregulares, causando algum incomodo e levando a gestante a pensar ter chegado o momento do parto, porém estas contrações são de pouca intensidade, dessa forma a cérvice não é afetada. O trabalho de parto verdadeiro gera contrações que ocorre com intervalos regulares e vai aumentando a frequência, duração e ganhando força com o passar do tempo, além de provocar a dilatação progressiva fazendo com que ocorra o apagamento do colo uterino (RICCI, 2008).

É muito importante conhecer os aspectos e saber diferenciar o verdadeiro e o falso trabalho de parto evitando assim intonações precoces, a não ser que existam fatores maternos ou fetais que ponham em risco a vida da gestante ou do feto, existindo este risco, a gestante deve ser mantida em observação para ser reavaliada, e acompanhada conforme o trabalho de parto for progredindo (MOÇAMBIQUE, 2011).

Quadro 1 - Diferenças entre trabalho de parto verdadeiro e trabalho de parto falso

Aspectos	TP Verdadeiro	TP Falso
Contrações	Regulares	Irregulares
Intervalos das contrações	Cada vez mais reduzidas	Sem alteração
Duração das contrações	Aumento gradual	Sem alteração
Intensidade das contrações	Aumento gradual	Sem alteração
Alterações de colo	Dilatação e apagamento	Sem alteração
Descida da apresentação	Progressiva	Sem alteração
Localização da dor	Região Lombar e abdómen	Apenas no abdomen
Acção dos analgésicos	As contrações continuam	As contrações cessam

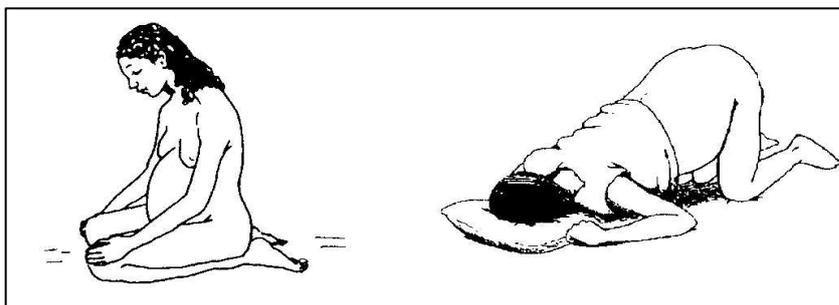
Fonte: Moçambique (2011).

### 2.3 FASES DO PARTO NORMAL

O trabalho de parto se divide em quatro períodos, sendo que o primeiro período possui duas fases:

- Fase latente: É a fase mais lenta do primeiro período, evolui até o colo do útero atingir três centímetros de dilatação, varia de mulher para mulher, tem duração de 16 a 20 horas em nulíparas e 12 a 16 horas em múltiparas (MOÇAMBIQUE, 2011).
- Fase ativa: Tem seu início após o colo uterino atingir quatro centímetros de dilatação completa, as contrações uterinas neste período são de duas a três contrações em dez minutos, tendo uma duração de trinta a noventa segundos, de intensidade moderada a forte, normalmente o colo do útero nessa fase tem dilatação que progride de 1 a 1,5 centímetros a cada hora, a duração desse período em nulíparas pode chegar a 12 horas e 9 horas em múltiparas, sendo também neste período que acontece a ruptura das membranas, neste período também são recomendadas algumas posições para favorecer a progressão da dilatação e promover o bem estar fetal além do decúbito lateral esquerdo como demonstram as figuras abaixo (MOÇAMBIQUE, 2011):

Figura 1- Posições alternativas que podem ser adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto.



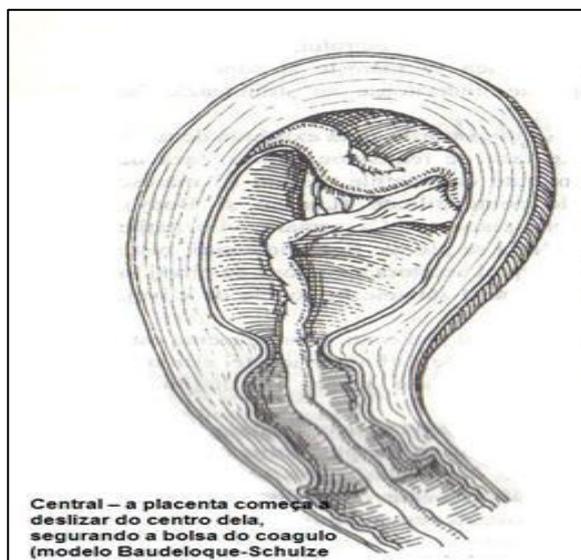
Fonte: Moçambique (2011).

2º Período: Período expulsivo: Inicia após a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto, este período pode durar alguns minutos em multíparas e até uma hora em nulíparas.

3º Período: Dequitação: Este período se inicia após a expulsão do feto e termina com a expulsão completa da placenta, a dequitação possui dois mecanismos:

Baudelocque-Schlitz: Este mecanismo ocorre em 75% dos casos, acontece quando a placenta esta inserida no local superior do útero se desprendendo pela parte fetal, na forma de um guarda-chuva invertido. Neste caso o hematoma retroplacentario tem seu inicio no centro de inserção ficando prisioneiro da massa placentária, explicando sua saída após a saída da placenta (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, [20--]).

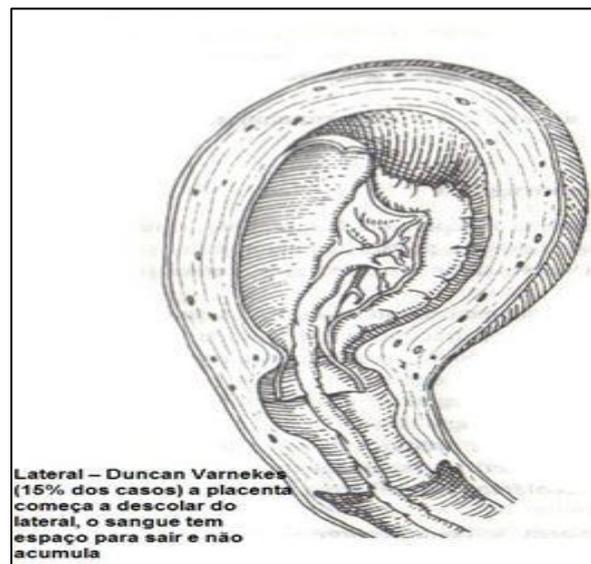
Figura 2: Baudelocque-Schlitz



Fonte: Moçambique (2011).

Baudelocque Duncan: Este mecanismo ocorre em 25% dos casos, quando a placenta está localizada na parte lateral do útero, As membranas acompanham o descolamento da placentário, dessa forma o sangue se exterioriza antes da placenta, que por ação das contrações desliza se apresentando ao colo pela sua face ou borda materna, descolando-se alcançando a vagina.

Figura 3: Baudelocque Duncan



Fonte: Moçambique (2011).

4º Período: Período de Greenberg: É a definição da primeira hora após a expulsão placentária, é um período de grande relevância, pois durante este intervalo acontece a ativação dos mecanismos de hemostasia, que tem a função de conter a hemorragia que ocorre após o deslocamento da placenta. O período de Greenberg é caracterizado por quatro fases (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, [20--]):

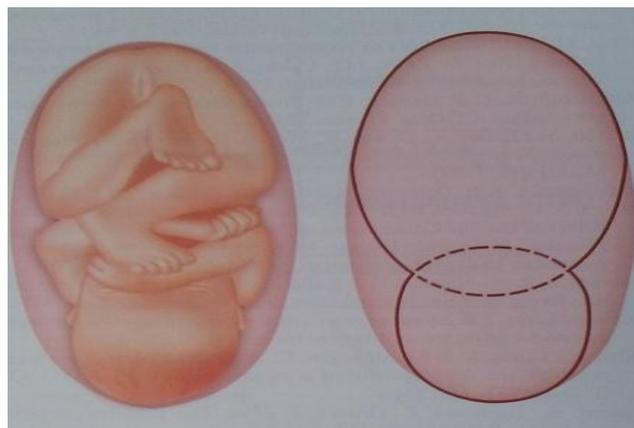
- Miotamponagem – Ocorre no momento seguinte à expulsão da placenta, neste momento o útero se contrai e se torna palpável no ponto entre a cicatriz umbilical e o pub acontecendo então uma laqueadura viva dos vasos uterinos, evitando uma hemorragia.
- Trombotamponagem – É outra linha de defesa importante contra hemorragia, pois nesta fase acontece a formação de trombos nos grandes vasos do sitio placentário.

- Indiferença miouterina–nesta fase as fibras musculares do útero passam por momentos de contrações e relaxamento, correndo o risco de encher-se de sangue.
- Contração uterina fixa – Também conhecida como globo de segurança de Pinard, normalmente acontece uma hora após a dequitação, o útero nesta fase adquire maior tônus se mantendo dessa forma, a não formação do globo por atonia muscular pode acarretar em grandes hemorragias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, [20--]).

## 2.4 MECANISMO DO PARTO

O ponto de vista geral sobre o mecanismo do parto, o feto ou (móvel) é tido como um objeto, que percorre um trajeto, impulsionado por contração uterina. O feto em uma atitude habitual encontra-se com a cabeça fletida sobre o tronco e com os membros entrecruzados, se assemelhando a um ovoide, este é composto por dois segmentos semidependentes: A cabeça (ovóide cefálico) e o tronco e membros (córmico), entretanto o ovoide córmico é maior, porém seus diâmetros são reduzidos com facilidade, tornando o polo cefálico mais importante durante a parturição (MONTENEGRO, 2011).

Figura 4 - Ovoide fetal



Fonte: Montenegro (2011).

Segundo o mesmo autor o canal da parturição se estende do útero até a fenda vulvar, é constituído por natureza variada como – Partes moles do canal do parto (segmento inferior, cérvix, vagina, região vulvoperineal), sendo sustentado por uma

cintura óssea de denominação variada como: Pequena pelve, pequena bacia ou escavação (MONTENEGRO, 2011).

Em seu percurso através do canal do parto e impulsionado pelas contrações uterinas e pelos músculos abdominais o feto é compelido a executar certa quantidade de movimentos chamada mecanismo do parto, estes movimentos totalmente passivos que procura adaptar o feto as diferenças de forma do canal, com estes movimentos os diâmetros fetais se reduzem se acomodando aos pélvicos. As características do mecanismo do parto são gerais e constantes, com algumas pequenas particularidades que permitem sua distinção, de acordo com a forma de apresentação e a morfologia da pelve (MONTENEGRO, 2011).

Refere-se como apresentação fetal a primeira parte do corpo do feto a penetrar na abertura pélvica, essa é a parte do feto que está localizada na abertura superior da pelve (orifício da cérvix), é de suma importância saber qual parte do feto aparecerá primeiro ao nascimento para planejar e iniciar as intervenções necessárias. São três as principais apresentações fetais, a Cefálica apresentação da cabeça, a pélvica apresentação da pelve e a córmica apresenta primeiro a escápula (MONTENEGRO, 2011).

FIGURA 5 - Tipos de apresentação fetal.



Fonte: Fetalmed ([20--]).

#### 2.4.1 Diagnostico da apresentação e da situação fetal

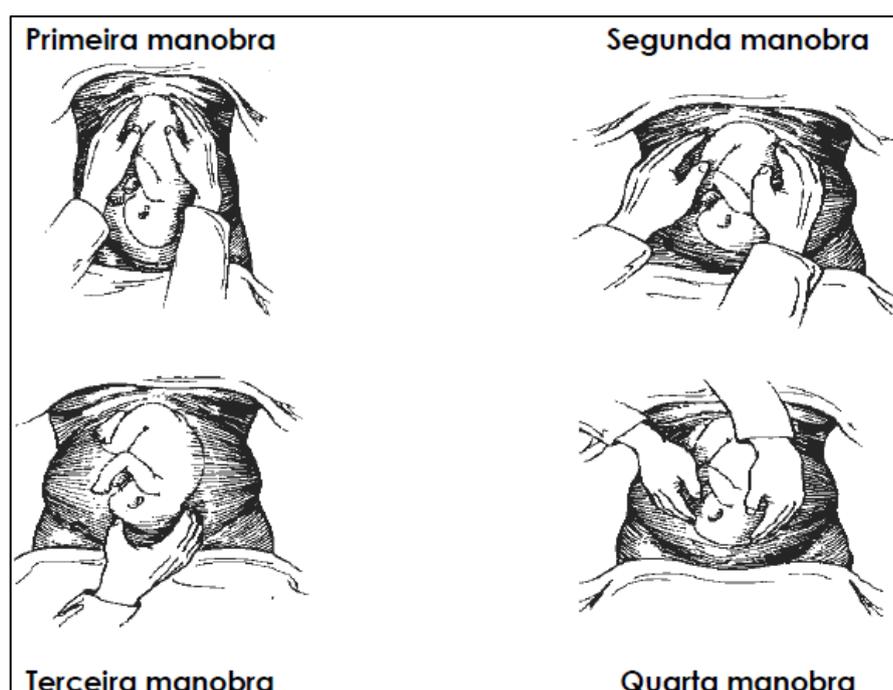
Nas consultas de enfermagem, a palpação abdominal e toque vaginal possibilitam o diagnostico da situação e da apresentação fetal, a palpação abdominal deve ser

realizada em todas as gestantes, mesmo que elas não estejam em trabalho de parto, neste caso o exame de palpação feito são as quatro manobras de Leopold, que tem o objetivo de identificar os polos cefálico, pélvico e o dorso do feto, identificado com facilidade do terceiro trimestre de gestação em diante, podendo ainda fazer a estimativa da quantidade de liquido amniótico (BRASIL, 2012).

Os quatro passos da manobra de Leopold são:

- Primeiro: fazer a delimitação do fundo uterino com a borda cubital das duas mãos, para identificar, se é a cabeça ou pélvis fetal que esta ocupando o local.
- Segundo: Deslizar as mãos da região do fundo uterino até chegar a região inferior do útero, esse movimento permite a localização do dorso fetal, se está à direita, esquerda ou transverso em relação a gestante.
- Terceiro: Tem como objetivo explorar a mobilidade do polo que se apresenta no estreito superior da pelve.
- Quarto: Posicionando as mãos sobre as fossas ilíacas e deslizando-as no sentido da escava pélvica abrangendo o polo fetal que ali se apresenta, podem ser encontradas as seguintes situações: longitudinal (pélvica ou cefálica), transversa (córmica) ou oblíquas (BRASIL, 2012).

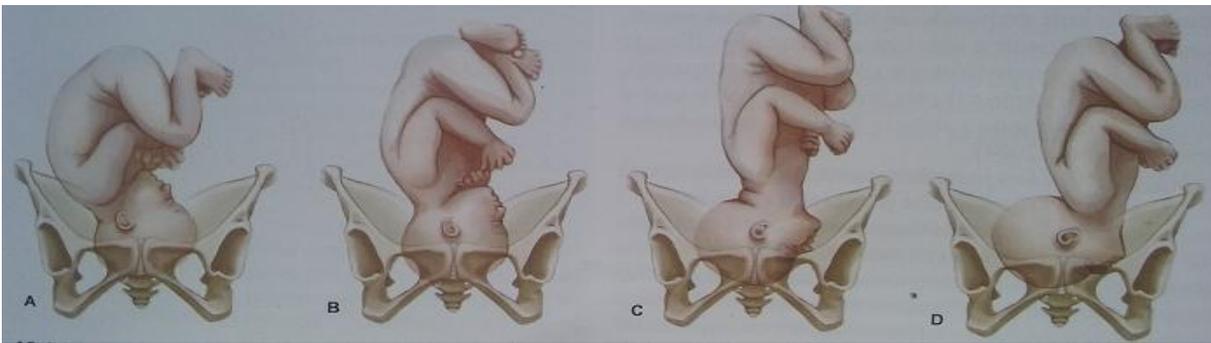
Figura 6. Manobra de Leopold.



Fonte: Brasil (2012).

Em 95% a 96% dos casos, o parto acontece com o feto em apresentação cefálica, 3% dos nascimentos a termo são de apresentação pélvica e 2% apresentação cômica. Na apresentação cefálica fletida, (Apresentação de vértice), a parte que se apresenta é o occipito, essa é a apresentação que menos causa perturbações ao mecanismo, mas além da apresentação cefálica de vértice (a), ainda existem outras variações denominadas, apresentação de bregma (b), de frente (c) e de face (d) como mostra a ilustração abaixo (RICCE, 2008).

Figura 7: Variações da apresentação cefálica



Fonte: Montenegro (2011).

No caso de apresentação pélvica, as nádegas ou os pés do feto penetram na pelve materna e se apresentam primeiro, ficando o crânio por último, essa é uma apresentação anormal que pode ocasionar diversos riscos ao nascimento, pois o crânio e a maior porção do feto, se sair por último corre risco de ficar preso na pelve materna, além desse risco também existe a possibilidade do cordão umbilical ficar comprimido entre o crânio fetal e a pelve da mãe após a saída do tórax, além disso ao contrário do crânio fetal que é consideravelmente rígido, os membros inferiores e as nádegas do feto são moles e não são tão eficientes em dilatar a cérvix quando comparado a apresentação cefálica, também pode ocorrer traumatismo (cabeça derradeira) pelo fato de não ter tido a oportunidade para a moldagem do crânio. Existem três tipos de apresentações pélvicas que são determinadas pela posição das pernas do feto (figura 7). A figura (a) demonstra a apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas (50% a 70%), às nádegas aparecem primeiro e as duas pernas ficam estendidas na direção da face. Na apresentação pélvica completa (5% a 10%) o feto se posiciona sentado com as duas pernas cruzadas sobre o colo uterino (b). A apresentação pélvica incompleta, modo de pé (10% a 30%), as duas pernas ou apenas uma são apresentadas (c, d). As apresentações pélvicas estão

ligadas a fatores como a prematuridade, multiparidade, placenta prévia, anomalias uterinas como fibroides e algumas anomalias congênitas, como hidrocefalia (RICCE 2008).

Figura 8: Variações da apresentação pélvica.



Fonte: Montenegro (2011).

A apresentação córmica ocorre quando o feto se encontra em uma situação transversa, com o ombro se apresentando, porém a parte denominada é a escápula. Condições como placenta prévia, gestação múltipla e anomalias fetais estão associadas a esse tipo de apresentação, geralmente neste caso a necessidade de uma cesariana (RICCI, 2008).

#### 2.4.2 Os Tempos do mecanismo do parto

Os movimentos do mecanismo do trabalho de parto acontecem de forma contínua e entrelaçadas, porém para facilitar sua descrição costuma-se fazer-lhe a divisão em vários tempos (MONTENEGRO, 2011).

- **Insinuação ou encaixamento:** A insinuação ocorre quando a maior circunferência da apresentação (cabeça em vértice) transpõe a abertura pélvica superior (plano 0) na maior parte das vezes a cabeça penetra na pelve com a sutura sagital alinhada no diâmetro transversal (RICCI, 2008).
- **Descida:** Após completar a insinuação a cabeça migra para baixo, nas proximidades do assoalho pélvico (abertura pélvica superior), a descida ocorre de forma descontínua com as contrações, e é provocada por forças como: Pressão do líquido amniótico, pressão direta do fundo uterino nas nádegas ou parte do feto que estiver localizado na região superior do útero,

contrações dos músculos abdominais e extensão e estiramento do corpo do feto. A descida se processa desde o início do trabalho de parto e termina com a expulsão total do feto (RICCI, 2008)

- Flexão: A medida em que o vértice vai encontrando resistência do colo do útero, do assoalho pélvico ou das paredes da pelve, o queixo do feto entra em contato com o tórax, alterando o diâmetro da apresentação de occiptofrontal para suboccipitobregmático, dessa forma alcança menor diâmetro crânio fetal que se apresenta às dimensões pélvicas maternas (MONTENEGRO, 2011).
- Rotação interna da cabeça: Após o encaixamento, de acordo que ocorre a progressão da cabeça, a porção mais inferior dela encontra resistência em um dos lados do assoalho pélvico girando cerca de 45° anteriormente a linha média, que levava a sutura sagital a se mover para o sentido anteroposterior da saída do canal, alinhando o eixo longo da cabeça fetal com o eixo longo da pelve (RICCI, 2008).
- Extensão (desprendimento): Completando a flexão da cabeça, a base do occipúcio é comprimida sob a sínfise, a resistência proveniente do assoalho pélvico faz com que a cabeça do feto se estenda, de modo que possibilite a passagem desta sob o arco pubiano, a extensão ocorre após concluída a rotação interna, a cabeça surge graças a extensão sob a sínfise pubiana juntamente com os ombros, liberando o diâmetro suboccipitobregmático, em seguida o suboccipitofrontal, o suboccipitonasal, até o desprendimento completo (MONTENEGRO, 2011).
- Rotação externa: Após a passagem, dessa forma não tendo mais resistência e estando livre, a cabeça faz um movimento de rotação a cerca de 45° voltando a sua posição original, esquerda ou direita (restituição), assim a sutura sagital retoma sua posição normal em ângulo reto com o diâmetro transversal, ou seja, acontece o realinhamento da cabeça com as costas no canal do parto. Com a rotação externa da cabeça do feto é permitido o giro dos ombros internamente para que se ajuste a pelve materna (RICCI, 2008).
- Desprendimento das espáduas: Estando o feto com os braços cruzados anteriores ao tórax, a espádua anterior ultrapassa a arcada púbica e surge através do orifício vulvar, parcialmente recoberta pelas partes moles. Para liberação do ombro posterior, compelido a acompanhar a curvatura do canal,

o tronco sofre um movimento de flexão lateral, progredindo em direção a saída e com o tronco fletido lateralmente ocorre o desprendimento da espádua posterior (MONTENEGRO, 2011).

- Expulsão: O restante da expulsão do corpo acontece com mais suavidade, sem oferecer resistência, após a saída da cabeça e dos ombros (RICCE, 2008).

Figura 9: Tempos do trabalho de parto.



Fonte: Montenegro, 2011.

## 2.5 VARIAÇÕES DO PARTO NORMAL

### 2.5.1 Parto fórceps

O fórceps é um instrumento obstétrico cujo a função é apreender a cabeça do feto e dessa forma extraí-lo através do canal do parto, as ações que podem ser exercidas pelo fórceps para ultimar o parto compreendem prensão, rotação e tração. A utilização deste instrumento tem indicações maternas e fetais, primeiramente o fórceps é utilizado em situações em que o parto precisa ser concluído para reduzir o risco materno, por conta de alguma limitação funcional da gestante ou para que esta seja poupada de um maior esforço. Atualmente, as indicações que permanecem validas são para proteger a gestante em casos de cardiopatia, para que não corra o risco de descompensação por esforço no período expulsivo, as pneumopatias, nos casos em que a gestante tem reserva pulmonar reduzida dificultando a execução do referido esforço, também nos casos de tumores cerebrais e aneurismas, para que com o esforço não ocorra acidente vascular hemorrágico. As indicações fetais, nas quais o parto deve ser concluído para redução de risco, inclui o sofrimento fetal e a parada da progressão no período expulsivo, pois nessas condições pode ocorrer óbito do feto ou deixar sequelas. Tendo condições de uso do fórceps e não havendo a possibilidade de uma cesariana este instrumento pode salvar a vida do feto e da gestante (CUNHA, 2011).

### 2.5.2 Parto Leboyer

O obstetra Frances Frédérick Leboyer colocou em foco o recém-nascido defendendo formas menos violenta de nascimento. Foi o primeiro a levar em consideração a importância do vínculo da mãe com o recém-nascido após o parto. A utilização de pouca luz, ambiente silencioso, a massagem nas costas do bebê, aguardar que o cordão umbilical pare de pulsar para que o bebê faça a transição respiratória de maneira mais suave, realização do banho do bebê próximo a mãe, amamentação precoce. No entanto seu foco era o recém-nascido, não a mãe. Geralmente estava deitada de costas, pernas em estribos e o uso da episiotomia eram rotineiros (DINIZ, 2005).

### **2.5.3 Parto na água**

Michel Odent, obstetra francês da cidade de Pithiviers, teve a ideia de utilizar piscina inflável com água morna para um maior conforto das parturientes e como forma de aliviar da dor. Algumas parturientes sentiam-se bem dentro da água e o parto acontecia ali mesmo. Daí em diante, o parto na água começou a ser realizado no mundo inteiro. Estudos científicos comprovam que a utilização da água morna é um excelente coadjuvante no trabalho de parto para o combate à tensão e da dor, e auxilia na dilatação do colo do útero. O nascimento para o bebê se torna mais suave e o períneo da gestante ganha maior flexibilidade com a água (ROCHA, 2009).

### **2.5.4 Parto de cócoras**

É uma posição confortável e que auxilia na rapidez do parto além de ter o favorecimento da gravidade. Indicado para mulheres que tiveram uma gestação saudável, esse tipo de posição só poder ser adotado se o feto estiver em posição cefálica, o parto de cócoras também possibilita a participação do companheiro, correndo tudo bem sem métodos invasivos, contando com a liberdade de movimentos da gestante, considera-se uma posição muito favorável ao parto (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2009).

## **2.6 PARTO CESÁREA**

“Procedimento cirúrgico que se caracteriza incisar a parede abdominal e o útero com a finalidade de retirar o feto” (IPERBA, 2004, p. 1), quando ocorre alguma complicação durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um meio utilizável quando surge algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a gestação ou do parto. Ao longo do século XX, os inúmeros avanços da medicina transformaram a cesariana em uma alternativa segura comparado a um parto vaginal de risco. No entanto, desde a década de 70, suas indicações vêm crescendo de forma indiscriminada, sendo utilizada de forma abusiva em vários países. Por esse motivo, a cesariana tem sido usada de forma contrária dos motivos pelo que foi idealizada, ocasionando aumento dos riscos de morbimortalidade materna e perinatal. As gestantes têm escolhido o parto cesárea na maioria das vezes levando em conta

sua facilidade. As mulheres do século atual em busca de ascensão profissional, com uma agenda de trabalho cheia buscam se beneficiar de um parto com data e hora marcada (DIAS; DESLANDES, 2004).

Quadro 2 Recomendações para as principais indicações de cesarianas baseadas em evidências

Indicação	Recomendação	Grau de recomendação
Distócia/falha na progressão do parto	Ocitocina (contração uterina fraca) Ruptura das membranas Evoluiu: tentar parto vaginal Falha: cesariana intraparto	a a b b
Desproporção cefalopélvica	Cesariana intraparto	B
Má posição fetal (posteriores, transversas persistentes)	Rotação digital Evoluiu: tentar parto vaginal Falha: cesariana intraparto	a a a
Apresentação pélvica	Não há evidências suficientes a favor da cesariana Quando realizada, a cesariana deve ser intraparto Versão cefálica externa na 37ª semana	a a a
Apresentação de face	Conduta expectante, observar evolução do TP Evoluiu: tentar parto vaginal Falha: cesariana intraparto	b b b
Apresentação córmica	Cesariana intraparto Versão cefálica externa na 37ª semana	d d
Cesárea anterior	O parto vaginal pode ser tentado, com sucesso em torno de 70%	B
Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio	Manobras de ressuscitação intraútero Vigilância rigorosa da FCF Avaliar aspecto do líquido amniótico pH fetal normal: conduta expectante Prosseguir monitorização fetal pH fetal acidose: cesariana intraparto	d b b b b
Centralização fetal	Não há evidências sobre o benefício da cesariana e indução do parto	B

Fonte: Amorim; Souza; porto (2010).

Na distocia de progressão, antes de indicar a cesariana, deve-se tentar solucionar sua principal causa, com a utilização de ocitocina e/ ou ruptura artificial das membranas, quando ocorrerem contrações uterinas ineficazes. Na desproporção cefalopélvica, a cesariana é indicada corretamente, por meio do partograma. No mau posicionamento dos fetos, como nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes, a rotação do polo cefálico deve ser tentada e, caso o trabalho de parto não evolua, deve-se realizar a cesariana. A via de parto na apresentação pélvica ainda permanece controversa, pois o parto normal é possível em algumas situações, e sua indicação deve ser discutida com a paciente. A versão cefálica externa na 37ª semana de gravidez é uma alternativa que pode viabilizar o parto normal. A apresentação de face não é indicação de cesariana, e o parto vaginal deve ser tentado. Na apresentação córmica, a cesariana é preferível, mas a versão cefálica externa pode ser tentada, quando o obstetra for habilitado. O parto normal após cesariana anterior

ainda é questionado pelos obstetras pelo risco de ruptura uterina. A literatura, entretanto, sugere que deva ser tentado, pois apresenta uma taxa de sucesso de 70% e baixa incidência de ruptura uterina. A realização de cesarianas em fetos centralizados é frequente pela justificativa de ser uma adaptação inicial ao sofrimento fetal crônico, porém não existe respaldo na literatura. Nos fetos com frequência cardíaca não-tranquilizadora, o ideal é que a cesariana seja indicada apenas com o respaldo do pH do couro cabeludo do feto. Contudo, como no Brasil essa tecnologia não se encontra disponível em todos os centros, manobras de ressuscitação intraútero e vigilância rigorosa da FCF devem ser realizadas o mais precocemente. A presença de mecônio no líquido amniótico não é indicação absoluta de cesariana. A sua presença requer vigilância rigorosa da FCF e avaliação do pH fetal, podendo ainda ser realizada amnioinfusão, permitindo o parto normal (AMORIM; SOUZA; PORTO 2010, p. 421).

## 2.7 POLITICAS PUBLICAS SOBRE O PARTO HUMANIZADO

O pensamento de que o modo tradicional e natural de parto é a melhor forma e a mais humana de nascimento de uma criança já vem sendo discutida e estudada a alguns anos, envolvendo programas políticos e entidades que abordam essa temática, com o intuito de expor que o parto no Brasil vem tomando um rumo longe do que seria o ideal, com exagero em uso de medicamentos, o mau uso ou uso errado de tecnologias nos partos, gerando um crescimento exagerado nos números de cesarianas (NASCIMENTO et al, 2009).

O que se destaca dentro do pensamento, da necessidade de uma assistência humanizada, e o atendimento as gestantes, englobando o pré-natal, o parto e pós-parto, para isso o ministério da saúde instituiu através da portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, dentro das prioridades do programa está, a redução das taxas da morbimortalidade de Mães e recém-nascidos no País, facilitar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e do recém-nascido, ampliar as ações já existentes, custear projetos como os de capacitação de parteiras tradicionais, além de investir na capacitação dos profissionais da área e investir nos hospitais que integram a rede. Partindo do principio da humanização fica como dever dos profissionais das unidades, ser receptivos com as gestantes, seus familiares e o recém-nascido, promovendo assim um ambiente acolhedor, e também utilizando nos partos procedimentos necessários e não invasivos, sendo estes reservados para quando realmente for necessário (BRASIL, 2002).

Conforme a portaria n.º 569, de 01/06/2000:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (BRASIL, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2004, com o programa HumanizaSUS, que foi criado para ser posto em prática em toda rede nacional de saúde, com o objetivo de um atendimento de saúde com mais qualidade, onde se une um bom acolhimento, fazendo uso correto das tecnologias, se preocupando com o ser humano num todo, também se preocupando com os profissionais e suas condições de trabalho (BRASIL, 2004).

A Lei Nº 11.108, DE 7 de abril de 2005, determina que todo serviço do Sistema Único de Saúde, de redes próprias ou de convênios, permitam a gestante o direito de um acompanhante, este sendo de sua escolha, durante todo processo de trabalho de parto, parto e pós parto (BRASIL, 2005).

O ministério da saúde através da portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, instituiu no sistema único de saúde, a Rede Cegonha, considerando as demais leis que protegem os direitos das gestantes e da criança, e segundo Brasil (2011), “Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos”. Tendo como seu primeiro artigo o compromisso de que:

[...] A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...] (Brasil, 2011).

A rede cegonha tem sua atenção voltada para quatro elementos dentro do período gravídico-puerperal, sendo o primeiro a atenção na assistência ao pré-natal para que nele ocorra todas as orientações necessárias, o segundo da ênfase ao bom andamento do parto e o nascimento da criança, terceiro tem atenção voltada para o

período puerperal da mulher e a assistência integral para o bem estar do recém-nascido, e o quarto compreende a questão logística, cada elemento e fracionado de uma forma que garanta uma atenção mais completa possível promovendo ações efetivas de cuidado a saúde (BRASIL, 2011).

## 2.8 O REAL SIGNIFICADO DO PARTO HUMANIZADO

A humanização em saúde envolve a modificação dos modelos de atenção nos serviços, proporcionando a construção de novas relações entre usuários e profissionais de saúde. O propósito de se ter um atendimento mais humanizado em saúde é de grande relevância no contexto atual, pois propõe um atendimento baseado em princípios como o de assistência de modo integral, igualitária, com participação do usuário, buscando uma revisão de práticas cotidianas, proporcionando a criação de ambientes de trabalho onde a dignidade do trabalhador e do usuário seja mais valorizada, se tornando assim um ambiente mais humano. Para procurar formas que de fato funcionam para humanizar a prática em saúde, se faz necessário uma aproximação crítica que possibilite a compreensão da temática além de seus contextos técnicos, instrumentais, deixando-se envolver de forma essencial pelas dimensões políticas e filosóficas que lhes dão sentido (CASATE; CORREA, 2005).

No contexto do processo de gestação e nascimento, para que o parto seja considerado humanizado é preciso que seja feito da forma mais natural possível, o Ministério da Saúde, Brasil (2002, p. 5), tem a seguinte visão:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Além do parto propriamente dito o acolhimento e atendimento no pré-natal tem que ser feito de forma digna, também tem o direito de saber qual maternidade que será atendida no dia do parto (BRASIL, 2002).

Para se ter uma assistência de boa qualidade para as mães e preciso se preocupar com sua saúde física e emocional, trabalhar com a prevenção e estar atento a possíveis emergências, ter um bom entrosamento entre a equipe a mulher e seus familiares, garantindo que esses recebam um constante apoio assistencial da equipe, tendo seus medos e suas dúvidas bem esclarecidas de uma forma clara e com tom de voz que transmita tranquilidade, também se deve observar as diferentes culturas, crenças, as expectativas que envolve a gravidez, o parto e o nascimento, tratando de forma individualizada essas expectativas quando for possível. Os procedimentos de forma geral, que for necessário devem ser explicados para que a mulher entenda o motivo de sua adoção, e dessa forma ela entenda que estes foram realmente necessários e que vão ser de grande importância para garantir o seu bem estar, e também do seu filho. De ser bem esclarecido para gestante que os desejos que ela considera importantes vão ser respeitados, desde que não venham gerar riscos para ela e seu filho, riscos estes que também devem ser esclarecidos para que não se perca a ética de se expressar a verdade (BRASIL, 2014). A também outra forma de tratamentos que além de não somar para um bom atendimento podem também gerar situações desagradáveis tais como:

A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria” etc. devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis. Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos (BRASIL, 2014, p. 29).

Seguindo a linha de pensamento do mesmo autor, a forma errada que a gravidez vem sendo entendida também é um ponto que deve ser observado, para que aja verdadeiramente uma atenção humanizada, pois a gestação e o parto devem ser encarados como um processo natural e fisiológico, uma demonstração de saúde da mulher, e não como uma doença que tem que ser tratada, dessa forma toda intervenção que não seja realmente necessária, e que não tenha um embasamento científico, não deve ser adotada, já que são grande as evidências que demonstram a facilitação do nascimento como um processo natural, deixando ocorrer com as características normais do parto e nascimento, dessa forma os resultados tendem a ser melhores tanto pra Mãe quanto pro recém-nascido, “A filosofia do “pior caso”

deve ser evitada, pois apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de intervenções” (BRASIL, 2014, p. 30).

A intervenção no processo natural do parto apenas se justifica quando após uma avaliação frequente dos riscos, tendo constatação por meio de controles periódicos da mãe e do feto, esse se desvie da normalidade, podendo se tornar um risco, sendo assim a utilização das tecnologias como, equipamentos, medicamentos, algumas técnicas específicas, e demais instrumentos, se justificam pois o seu uso vai ser comprovadamente benéfico, porém o uso destas tecnologias não são justificativas para que se deixe de lado o cuidado e o apoio a gestante, que somados com as intervenções poderão gerar melhores resultados. No entanto, a busca por um parto seguro não deve ser uma pretexto para utilização de tecnologias e intervenções desnecessárias quando não se justifica pelos riscos da mãe e seu filho (BRASIL, 2014).

## 2.9 FATORES QUE INFLUECIAM NA DECISAO DAS GESTANTES SOBRE O TIPO DE PARTO

### 2.9.1 Medo e preocupações

Em um estudo realizado em Santa Catarina, com mulheres nos últimos três meses de gestação, é identificado em suas conclusões que um dos fatores que se torna determinante na escolha do tipo de parto pelas mulheres é o medo. Medo esse, que segundo o autor vem sendo concretizado antes mesmo de a mulher engravidar, vindos de historias ou vivencias ruins de conhecidos ou parentes pertinente a algum dos tipos de parto. O medo e as preocupações estão relacionados principalmente com a dor do parto normal e também na recuperação da cesariana e a repercussão que esses eventos venham ter para a mulher e o bebe, o autor relata que uma das entrevistadas disse que prefere a cesariana, porque ouviu dizer que a dor do parto normal é pior que qualquer outra dor, dessa forma se percebe que o medo e a dor estão fortemente ligados a fatores socioculturais, mesmo que a gestação esteja correndo tudo bem e tenha previsão para um bom parto o medo ainda é determinante. Da mesma forma muitas mulheres relatam medo da cesárea, apontando os riscos de se submeter a um procedimento cirúrgico envolvendo

anestesia e também a demora na recuperação que é um fato que de certa forma favorece a escolha pela via vaginal (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Um fator que gera altos índices de cesárea no Brasil segundo Rocha e outros (2006) é a falta de informação das mulheres, as que procuram se informar através de leituras afirmam que isto reduz o medo, porém a impressão que elas transmitem é que as leituras não esclareciam totalmente as dúvidas sobre questões mais objetivas e específicas sobre as etapas do parto, como por exemplo, a importância de se ter as contrações uterinas para o processo adaptativo e metabólico do bebê na sua transição intrauterina para extrauterina.

### **2.9.2 Vivências**

Outro fator que envolvido na dúvida sobre a escolha da via de parto são as experiências vividas em partos ocorridos com, conhecidos ou parentes, podendo ser ruins ou boas, em alguns relatos segundo pesquisas, as gestantes disseram que no primeiro parto tinham muito medo, pois as pessoas próximas as deixavam assustadas dizendo que o parto normal gera uma dor insuportável, porém foi uma experiência muito boa para estas gestantes e que estariam prontas para um novo parto normal, ainda segundo o mesmo autor os cursos de gestantes foi apontado por elas como de grande importância, pois proporciona um grande conhecimento através de compartilhamento de experiências esclarecimento de dúvidas com profissionais de saúde (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

### **2.9.3 Influência Sociocultural**

“A interpretação pessoal conferida à experiência do indivíduo está intimamente relacionada às representações que se tem sobre determinado fenômeno” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p. 584).

Seguindo esta lógica, as questões socioculturais tem grande impacto na decisão da mulher sobre a via de parto, questões que vão desde o modelo intervencionista da medicina atual até as influências dos meios de comunicação que são fortes formadores de opinião, normalmente as representações nas novelas demonstram uma cena de parto como um momento de tensão, sofrimento e dor para a mulher

com imagens fortes, muitas mulheres participantes dessa pesquisa relataram sofrer influências de novelas, principalmente as que não tinham acesso a leituras ou outro meio de informação. Além da mídia, as mulheres sofrem influências do meio em que elas vivem, as informações chegam através das mulheres mais velhas e experientes e também por aquelas que nunca tiveram filhos, pois para as mulheres vale muito a opinião de outra mulher, pois estas falam do assunto com mais propriedade, pois podem sentir isto na pele, diferente da opinião do profissional médico que na maioria das vezes é do sexo masculino ele tem o conhecimento técnico-científico porém é incapaz de experimentar um fenômeno que exclusivo da mulher (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

#### **2.9.4 Modelo Biomédico**

O modelo biomédico e o fator que marca com mais intensidade as representações sociais sobre assuntos de saúde e doença, inclusive a mulher e sua decisão sobre o tipo de parto, algumas gestantes dizem que esperam a opinião do médico primeiro para depois tomar a decisão, a sociedade espera do médico sempre respostas exatas e procedimentos que garanta à mãe uma ajuda em sua decisão (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Segundo Odent (2003), o controle médico no processo do parto normal é uma corrupção no exercer da profissão, sendo que o papel do médico em geral e especificamente na obstetrícia, em sua originalidade se limitaria a um processo anormal ou patológico ou seja, alguma complicação no trabalho de parto, não incluindo o controle em processos fisiológicos.

Algumas condutas médicas, como por exemplo, forçar um parto normal com indicações clínicas para cesárea, trazendo sofrimento e transtorno para gestante, faz com que no planejamento de uma gravidez, as mulheres incluam o pagamento pelo procedimento cirúrgico ou mesmo, aderem a um plano de saúde, para ter a segurança que no momento do parto poderão escolher a via que lhe trouxer mais segurança e tranquilidade (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Segundo o mesmo autor, o médico ganha o mesmo para um parto normal ou cesárea, porém o que faz a diferença para ele é que com a cesárea é possível programar sua agenda e da gestante, enquanto no parto normal, sua agenda fica sujeito a adversidades,

também, dados desta pesquisa apontam pouco dialogo entre o médico e a gestante, “Por outro lado, a prorrogação do médico para esse momento de informação e decisão aponta para uma relação assimétrica de poder”(PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN,N., 2011, p. 586).

### **2.9.5 Desinformação**

O parto no Brasil vem sendo entendido culturalmente como uma etapa técnica, com o medico comandando e conduzindo partindo do seu conhecimento e sua formação técnica, fator este fortalecido pela falta de informação das mulheres sobre a maternidade, seus aspectos e suas etapas, principalmente sobre o parto, ate as que se dizem conhecedoras do assunto só possuem informações superficiais que não são capazes sequer de minimizar seus medos. A maioria das mulheres desconhecem os benefícios e a importância do trabalho de parto para a maturidade e bem estar do recém-nascido e também para o organismo da gestante, partindo dessa falta de informação as mulheres consideram o parto normal um sofrimento desnecessário diante da opção da cesárea, algumas gestantes consideram que as mulheres modernas estão despreparadas para enfrentar a dor de parto, definindo o parto normal como um modo primitivo de se parir (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A mulher, por sua vez, não tem bem claro que ela deveria ter atuação ativa nesse processo e, diante do próprio medo, transfere responsabilidades para o médico. Abdica, assim, da autonomia que ela reivindica e aceita a ingerência técnica no processo fisiológico da parturição. Toda essa situação é extremamente subjetiva e sutil, envolve sentimentos, características pessoais e socioculturais, transformados principalmente em medos e temores que fragilizam a mulher. (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p.587).

Nesse sentido a mistura de um modelo biomédico tecnicista, somado a falta de conhecimento e o medo da mulher com uma mídia formador de opinião nem sempre das melhores, resta uma boa orientação e um pré-natal que vá além de exames de rotina (PEREIRA; FRANCO; BALDIN,2011).

## 2.10 GRUPO DE GESTANTES

Os grupos formados para tratar de assuntos relacionados à educação em saúde possibilitam que ocorra a criação de um vínculo forte de confiança entre os profissionais de e usuários, além de incentivar a oferta de uma assistência de forma mais humanizada (ZAMPIERI et al, 2010).

A formação de grupos de gestante durante o pré-natal é uma estratégia no processo educativo, pois gestantes e profissionais, ficam dispostos a interagir uns com os outros de uma forma dinâmica que promova reflexão sobre o assunto abordado, possibilitando um dialogo produtivo que muitas vezes não tido em uma consulta tradicional de pré-natal, limitada pela rotina corrida dos profissionais. Nos grupos entre conversas e brincadeiras os participantes se sentem mais à-vontade para perguntar, tirar suas dúvidas e trocar experiências, promovendo o fortalecimento do vínculo entre gestante e o enfermeiro que por sua vez tem a oportunidade de utilizar seus conhecimentos para o fortalecimento da humanização, potencializando da valorização da saúde (REBERTE; HOGAR, 2005).

Entanto, além dos vários assuntos importantes que podem ser discutidos nos grupos, temos também a importância de se discutir sobre o processo de aleitamento materno, além dos procedimentos básicos de cuidado com o bebe, abordando assim temáticas como o banho, cuidados com o coto umbilical, vacinação, exames, e muitos outros assuntos, que na maioria das vezes chegam até a gestante de forma destorcida e errada, vindo da cultura popular ou de familiares, que acabam gerando duvidam e insegurança a gestante. (DUARTE et al, 2008).

Um grupo de gestantes, que também pode incluir o casal tem o objetivo de desmistificar alguns tabus sobre o processo de gestação, parto e puerpério, nele os participantes tem a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e experiências, tirar suas duvidas com os profissionais e relatar seus medos, proporcionando a compreensão do novo papel que irão exercer, além de possibilitar o convívio com pessoas que vivenciam o mesmo processo,também a oportunidade de conhecer o local que o parto vai ser realizado criando uma familiaridade com o ambiente da maternidade, clinica ou hospital ou mesmo as que vão ter deu parto realizado em casa (SILVA et al, 2007).

Conforme o manual técnico do pré-natal e puerpério, da secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:

Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada uma dos usuários. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações (SÃO PAULO, 2010, p. 59).

## 2.11 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO E REALIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

### 2.11.1 Humanização do parto iniciada pelo pré-natal

Dentro da proposta de humanização do parto, um aspecto que se torna essencial é o bom acolhimento da mulher, de seu companheiro ou familiares desde o momento em que eles chegam à unidade de saúde (início da gestação) até o momento pós-parto, se responsabilizando por ela, prestando atenção em suas queixas, dando abertura para que seja expressa as suas preocupações, garantindo uma atenção resolutiva e de qualidade. Assim, na unidade de saúde ou na comunidade a equipe multiprofissional deve buscar entender os vários significados dessa gestação em seu contexto familiar (BRASIL, 2005).

O enfermeiro deve levar em conta que realizando um atendimento de pré-natal com qualidade, estará contribuindo para o processo de humanização e desempenhando um papel importante para redução da mortalidade materna, evidenciando vários outros benefícios à saúde materna e infantil (CUNHA et al, 2009).

Durante o pré-natal cada profissional tem suas atribuições para um atendimento mais humanizado da gestante, em específico se enquadram dentro das atribuições do enfermeiro: Orientar as gestantes e seus familiares sobre o pré-natal e sua importância, orientar sobre a vacinação e amamentação, fazer a inclusão de todas as gestantes no SisPreNatal, disponibilizar adequadamente preenchido o cartão da gestante, devendo ser feita a verificação e a atualização deste a cada consulta, realizar consultas de enfermagem em gestantes que não apresentam risco, fazer a solicitação dos exames complementares conforme o estipulado em cada região, fazer a prescrição de medicamentos padrão do programa de pré-natal como

medicamentos padrões de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis de acordo com o protocolo da abordagem sindrômica, orientar as gestantes sobre as vacinações contra tétano e hepatite B, identificar sinais de alarme sugestivos de uma gestação de alto risco e encaminhar a consulta médica, neste caso confirmado a gestação de alto risco e havendo dificuldade em marcar a consulta médica ou demora para este atendimento, deveser feito o encaminhamento a um serviço de referência (BRASIL,2012a).

O enfermeiro também deve realizar o exame clínico das mamas e também realizar coleta para o exame citopatológico de colo do útero, elaborar ações educativas de grupos ou individuais, orientar a equipe e gestantes sobre os fatores de risco, sobre os períodos de consultas e observar se existem gestantes faltosas buscando por elas, realizar visitas em domicílios durante a gestação e puerpério acompanhando e orientando no processo de aleitamento, além de orientar o casal sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012a).

A Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, (BRASIL, 1987, p.3), que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem respalda o profissional na assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera, no acompanhamento durante a evolução do trabalho de parto e realização de parto sem distorcia, para os enfermeiros obstetras incumbe também a função de dar assistência à parturiente e ao parto normal, identificar as distorcias obstétricas e tomar as providencias até a chegada do medico, realizar se for necessário a episiotomia e episiorrafia e também a aplicação de anestesia local, quando se tornar necessária, como listado abaixo.

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

[...] I - privativamente

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

Art. 9º Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária. (BRASIL, 1987, p.3).

A enfermagem aos poucos vem ganhando credibilidade e ocupando um lugar que é seu quando o assunto é humanização da assistência. Uma das mais recentes conquistas se dá pela obrigatoriedade da inclusão de enfermeiros especializados em obstetrícia na assistência prestada por operadoras de planos de saúde e nos

hospitais que compõem estas redes através da Resolução Normativa nº 398 de 2016, que em seu conteúdo fortalece a legalidade e respaldo que o profissional de enfermagem tem para acompanhar e realizar o parto de mulheres com gestação de baixo risco, as operadoras também deverão manter seus beneficiários informados sobre o número de funcionários admitidos. Esta mesma resolução também expõe o direito dos usuários dos planos de saúde a serem informados quando solicitar, sobre a porcentagem de procedimentos de cesáreas e partos normais realizados pela a operadora no período de um ano. A resolução Normativa nº398, traz em anexo uma nota que orienta as gestantes sobre os riscos e benefícios da cesárea e os motivos para ser realizada, e determina que os médicos entreguem esta nota a gestante durante as consultas de pré-natal para mantê-la informada, para que dessa forma escolha o tipo de parto que vai submeter-se conhecendo um pouco cada procedimento (BRASIL, 2016).

### **2.11.2 Fluxograma de atendimento a gestante nas unidades básicas de saúde**

No atendimento a mulher com indícios de gravidez, que relate atraso na menstruação, que mantem relação sexual sem métodos contraceptivos ou feito uso destes de forma irregular ou mesmo que esteja tentando engravidar. Esta deve passar por uma consulta de acolhimento onde deve ser avaliado seu ciclo menstrual, a data de sua ultima menstruação, se tem mantido atividade sexual ou feito uso de contraceptivos, dando segmento conforme o fluxograma exposto no quadro abaixo (BRASIL, 2012 a).

As mulheres que relatam atraso na menstruação maior que 15 dias apenas, são encaminhadas para realização de exame BHCG urinário ou teste rápido, se o resultado for positivo então é confirmada a gravidez, no caso de resultado negativo é repetido o exame de BHCG em 15 dias persistindo em negativo, investiga-se outras causas que podem estar causando o atraso menstrual. As que apresentam data de ultima menstruação maior que 12 semanas são submetidas a auscultas de BCF, se presente confirma-se a gravidez, se ausente encaminha-se para o teste de BHCG (BRASIL, 2012 a).

Após a gravidez confirmada é realizada a inclusão da gestante no atendimento pré-natal, solicitando os exames, realizando testes rápidos de HIV e sífilis, o

preenchimento do sis prenatal, do cartão da gestante e do prontuário. Em seguida é feito a avaliação de risco gestacional, não havendo indícios de risco gestacional esta mulher é encaminhada ao pré-natal de baixo risco, havendo indícios de gestação de risco, esta é encaminhada para o serviço de pré-natal de alto risco, após ser avaliada pelo médico e ele afastando a suspeita de risco encaminha-se para o pré-natal de baixo risco, se confirmado o risco, encaminha-se ao pré-natal de alto risco. Para gestante de risco é preciso que se garanta o atendimento ambulatorial de pré-natal de alto risco, assegure que esta seja acompanhada pela equipe da área de abrangência. Supervisionar os retornos no ambulatório de alto risco (BRASIL, 2012 a).

Realização de visitas mensais em domicílio pelos ACS e pela equipe, se necessário. Identifique o hospital de referência de alto risco para o parto. Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto. No atendimento do pré-natal de baixo risco é necessário o Atendimento pela equipe da área de abrangência. É ideal que haja consultas alternadas com médico e enfermeiro. Inclua o companheiro da gestante nas consultas. Monitore os retornos. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário. Identifique o hospital de emergência de baixo risco para o parto. Agende consulta de puerpério (para a mãe e o RN) para a primeira semana pós-parto (BRASIL, 2012a, p. 55).

### 2.11.3 Calendário de consultas

Brasil (2005) propõe que as consultas de pré-natal na rede pública sejam realizadas nas unidades de saúde ou nas visitas domiciliares. O calendário deve ser organizado para que comesse o quanto antes, ou seja, no primeiro trimestre de gestação, as consultas devem ocorrer regularmente para que dessa forma as avaliações e propostas sejam todas realizadas e seja feito o preenchimento do cartão da gestante e da ficha de pré-natal.

Conforme Brasil (2012a, p. 62) o cronograma das consultas devem ser:

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

Rios e Vieira (2007) Relatam que o profissional de enfermagem deve utilizar sua experiência para fazer da consulta de enfermagem um momento de diálogo, passando seu conhecimento científico através do diálogo, rompendo com a visão mecanicista de assistência, dessa forma desconstruindo um conceito que a maioria das gestantes tem formado, que a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro é apenas um espaço para realização de vacina das gestantes, ou um espaço para tirar dúvidas de informações que o médico passou de forma clara. Sendo assim é preciso apersistenciados profissionais de enfermagem para que sejam colocadas em pratica as atividades com o objetivo de, implementar as atividades educativas durante opré-natal, e que dessa forma o enfermeiro tenha o reconhecimento do seu trabalho nesse contexto.

#### **2.11.4 Classificação de gestação de alto risco**

Uma gestação pode ser classificada como de alto risco dès do primeiro dia de gravidez até o último momento do trabalho de parto, portanto é importante que a classificação de risco seja feita a cada consulta do pré-natal e durante toda a evolução do trabalho de parto, para que seja possível intervir o quanto antes para evitar retardos assistenciais que possam gerar morbidades graves ou até mesmo o óbito da mãe ou do feto. Os fatores de risco gestacional são facilmente identificados durante as consultas de pré-natal, porém é preciso que os profissionais da saúde sejam atentos durante a anamnese da gestante pelo exame físico e gineco-obstétrico (BRASIL, 2010a).

Na maioria dos casos, havendo a ocorrência de um ou mais fator de risco, não significa que seja necessário o uso recursos com tecnologias mais avançadas de imediato, podendo ser utilizados as que normalmente são oferecidas na assistência de pré-natal de baixo risco, embora indique uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Necessitando apenas a frequência maior nas consultas, com intervalos definidos conforme o fator de risco, levando em conta a situação de cada gestante naquele momento. Muitas vezes intervir com a família e comunidade pode gerar resultados positivos. Conforme as gestantes classificadas de baixo risco são acompanhadas, a equipe deve ficar atenta ao surgimento de algum fator de risco no decorrer da gestação (BUCHABQUI, 2006).

Alguns marcadores e fatores de risco apresentam-se anterior a gestação, podendo ser relacionados a condições pessoais de saúde, ou sociais estes são divididos conforme os quadros (3).

### Quadro 3: fatores de risco anteriores a gestação.

#### 1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos\*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

#### 2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

#### 3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial; - Cardiopatias;
- Pneumopatias; - Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias; - Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Fonte: Brasil (2012b).

A adolescência em particular não é considerada um fator de risco, no entanto a o risco da não aceitação da gravidez pela adolescente e a chance desta buscar formas de interromper a gestação pondo em risco sua vida, além da possibilidade desta não aderir ao pré-natal. Dessa forma o profissional de saúde tem o dever de ficar atento levando em conta a questão emocional e imaturidade da gestante, encaminhando esta para um acompanhamento psicológico quando necessário. A

idade em particular não é fator para indicação para cesariana ou quando em parto normal seja realizado episiotomia sem que esta uma indicação relevante. Deve ser levado em conta a Lei nº 11.108/2005 e o Estatuto da Criança e do adolescente que da a adolescente o direito de ser acompanhada por uma pessoa no pré- parto durante e após o parto, cabendo aos profissionais de saúde o dever de informa-la deste direito durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2012b).

Os outros fatores de risco indicam condições ou complicações que podem ocorrer no período da gestação fazendo com que ela se torne uma gestação de alto risco, conforme o quadro 5 (BRASIL, 2012b).

Quadro 5: fatores de risco que podem surgir durante a gestação.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.</li><li>2. Doença obstétrica na gravidez atual:<ul style="list-style-type: none"><li>- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;</li><li>- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;</li><li>- Ganho ponderal inadequado;</li><li>- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;</li><li>- Diabetes gestacional;</li><li>- Amniorrexe prematura;</li><li>- Hemorragias da gestação;</li><li>- Insuficiência istmo-cervical;</li><li>- Aloimunização;</li><li>- Óbito fetal.</li></ul></li><li>3. Intercorrências clínicas:<ul style="list-style-type: none"><li>- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);</li><li>- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).</li></ul></li></ol> |
|--|

Fonte: Brasil (2012b).

## 2.12 ENFERMEIRO NA MATERNIDADE: SAE -PROCESSO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE

De acordo com Moura (2008) No âmbito dos Hospitais e maternidades, na maioria das vezes, a atuação do enfermeiro fica focada nos procedimentos de rotina, deixando um pouco de lado a mulher no sentido da atenção, dialogo e esclarecimentos, na maioria das vezes o enfermeiro direciona suas ações de assistência a parturiente de forma limitada, seguindo apenas as prescrições médicas, porém, a de se levar em conta que o acumulo de funções no cotidiano do profissional de enfermagem, que na maioria das vezes é sobrecarregado de atividades burocráticas, sendo ele responsável pelo controle de materiais,

gerenciamento de sua equipe, além de relatórios, registros que ocorrem de forma não sistematizada.

A rotina pode gerar uma falsa sensação de organização deixando os profissionais condicionados a ela, e dessa forma impedindo que o enfermeiro direcione sua atenção para a assistência de forma mais completa (MOURA, 2008).

De acordo com Santos e Ramos (2012), o enfermeiro obtém uma formação técnico-científica, da forma que o possibilita organizar e sistematizar o cuidado. Atualmente o profissional de enfermagem faz uso dos seus conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e retificados para por em pratica a sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

De acordo com a Resolução COFEM 358/2009 “[...] a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

Ainda segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2009) o Processo de Enfermagem “[...] é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da pratica profissional”. Este deve ser realizado em locais que prestam atendimentos ambulatoriais de saúde, domiciliar, atendimento em escolas, associações ou comunidades, tem como sua denominação, consulta de enfermagem, e tem sua organização conforme a Resolução COFEN-358/2009, art. 2º citado abaixo:

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009)

### **2.12.1 Processo de enfermagem**

Na visão de Santos e Ramos (2012), a histórico de enfermagem, que é a primeira etapa das demais no processo de enfermagem, e de fundamental importância, principalmente na sala de pré-parto, pois é o momento em que o profissional tem a oportunidade de se aproximar da parturiente com o intuito investigar suas necessidades.

Segundo Hotimsky (2002), a sala de pré-parto, para muitas gestantes é um lugar que gera um sentimento de insegurança e medo, até mesmo de abandono devido não haver funcionários em quantidade suficiente para que seja prestada uma atenção de forma integral, levando a muitas parturientes optarem por uma cesariana por entenderem que dessa forma o procedimento vai ser rápido, pois além do medo da dor que na cesariana é contido através da anestesia, se gera a dúvida de como vai ser a assistência no parto normal no momento em que estiver sentindo dor.

Uma forma de organizar e facilitar a SAE, é a formulação de um instrumento de coleta de dados na consulta, assim é possível identificar os dados obstétricos da parturiente de uma forma sistemática e organizada como sua identificação, exame físico, dados relacionados a gestação, exames e parto, para que se possa garantir uma assistência mais completa a gestante, tendo em mãos informações importantes evitando o esquecimento de alguma delas (SANTOS; RAMOS, 2012).

Os dados obtidos através do instrumento de consulta irão nortear as demais etapas da SAE, auxiliando o enfermeiro na decisão de suas condutas e de sua equipe, para que as intervenções sejam feitas de forma que proporcionem e facilitem um parto da maneira mais natural possível, saudável e sem que ajam intervenções desnecessárias, utilizando a identificação dos diagnósticos de enfermagem, buscando continuamente uma assistência de qualidade, sustentada pelo compromisso e competência profissional (SANTOS; RAMOS, 2012).

O quadro 6 (seis), exemplifica um instrumento de coleta de dados utilizado em consultas de enfermagem para coleta de dados de parturientes na sala de pré-parto de um centro obstétrico.

Quadro 06: Formulário para consulta de enfermagem em sala de pré-parto.

<b>Dados de identificação</b>
Nome: Data de nascimento: Procedência: Estado civil: Ocupação: Escolaridade:
<b>Dados relacionados à gestação</b>
Número de consultas de pré-natal: Data da última menstruação: Idade gestacional: Gestação: Partos: Nº de Partos normais: Nº de Partos cesariana: Aborto: Presença de alguma patologia durante a gravidez: ( ) Não Sim ( ), Qual? Recebeu orientação quanto ao trabalho de parto durante o pré-natal? ( ) Não Sim ( )
<b>Exame físico da parturiente</b>
SSVV: Temperatura: ___ °C; Pulso: ___ bpm; Frequência Respiratória: ___ rpm; Pressão Arterial: ___ mmHg Exame das mamas: Exame abdominal: AFU - ___ cm; BCF: ___ bpm; Dinâmica Uterina: _____ Toque vaginal: Observação: Queixas:
<b>Exames laboratoriais</b>
Classificação sanguínea e fator Rh: VDRL: HIV:
<b>Dados do parto</b>
Tipo de parto: Descrição do parto: Observação:

Fonte: Santos e Ramos (2012).

A SAE proporciona ao enfermeiro atuante na assistência obstétrica, que sua concentração fique voltada para o campo de conhecimento própria enfermagem visando nível de assistência com qualidade compatível às necessidades da parturiente (D'INOCENZO, 2006).

Concluído o histórico de enfermagem, inicia-se a segunda etapa do protocolo, como objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem (SANTOS; RAMOS, 2012).

O quadro 07 (sete) exemplifica diagnósticos de enfermagem comumente encontrados em parturientes, apontando as respectivas intervenções e os resultados esperados.

Quadro 07: Planejamento da assistência de enfermagem no pré-parto e sala de parto

(continua)

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Contração uterina normal	Contração uterina em progressão	Avaliar a dinâmica uterina registrando sua frequência, duração e intensidade; Monitorar o batimento cardíaco fetal (BCF) antes, durante e após as contrações para identificar presença de desacelerações intrapélvicas; Informar ao profissional médico alterações no BCF e/ou nas contrações uterinas.
Dor de trabalho de parto	Dor de trabalho de parto diminuída	Encorajar a deambulação durante o trabalho de parto; Incentivar as posições verticais; Ensinar técnicas de respiração e relaxamento; Promover banho de chuveiro morno e massagem lombossacral; Registrar a evolução do trabalho de parto em partograma.
Medo do trabalho de parto	Medo diminuído	Conversar usando uma abordagem calma e segura; Explicar o processo de trabalho de parto e parto esclarecendo suas dúvidas; Permitir presença de acompanhante conforme desejo da parturiente; Implementar o toque afetivo para acalmá-la realizado pelo enfermeiro ou acompanhante escolhido pela parturiente; Oferecer terapia com música.
Fadiga	Fadiga melhorada	Orientar a parturiente quanto à forma de fazer relaxamento muscular para que ela descanse entre uma contração e outra.
Expulsão uterina fetal sem distócias ou intercorrências	Expulsão uterina realizada	Deixar passar lentamente a cabeça do feto; Proteger o períneo durante o nascimento; Clampear e cortar o cordão umbilical após o término das pulsações; Verificar integridade da placenta após delivramento; Colocar o recém-nascido junto ao seio materno para estimular o aleitamento e liberação de ocitocina.

Quadro 07: Planejamento da assistência de enfermagem no pré-parto e sala de parto

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Laceração do períneo ou vagina	Prevenção de contaminação da laceração	Examinar o canal vaginal após o delivramento fisiológico da placenta para verificar presença de lacerações; Realizar correção de laceração após administração de anestésico local; Orientar sobre higiene na região vulvoperineal e uso de roupas limpas;
Corte na região médio-lateral do períneo	Prevenção de contaminação do corte na região médio-lateral do períneo	Fazer infiltração de anestésico local, se necessário; Fazer corte na região médio lateral do períneo (episiotomia), se necessário; Realizar episiorrafia; Fazer toque retal para garantir a integridade tissular; Orientar sobre higiene na região vulvoperineal e uso de roupas limpas

Fonte (SANTOS; RAMOS, 2012).

O profissional de enfermagem que atua na assistência obstétrica, através de seu conhecimento científico, deve buscar intervir de acordo com o diagnóstico, buscando proporcionar um ambiente calmo para reduzir o medo e a ansiedade das parturientes para que elas possam vivenciar o parto como protagonistas, além de estratégias não farmacológicas para redução da dor, como por exemplo, incentivando a deambulação, orientando uma respiração padronizada, massagem lombar, banho de imersão, troca de posições durante o trabalho de parto e parto, hidratação (DAVIM et al, 2008).

### 2.12.2 Partograma

O partograma é uma forma de acompanhar o trabalho de parto, através de um impresso simples em forma de gráfico. Consiste em recurso utilizado para analisar a evolução da dilatação cervical e a descida da apresentação. Sua utilização facilita a compreensão imediata de como o trabalho de parto está evoluindo (CUNHA, 2008).

Já é mais que confirmada a importância da utilização do partograma, levando em conta que por ele é possível, a partir de certo momento, avaliar por completo a

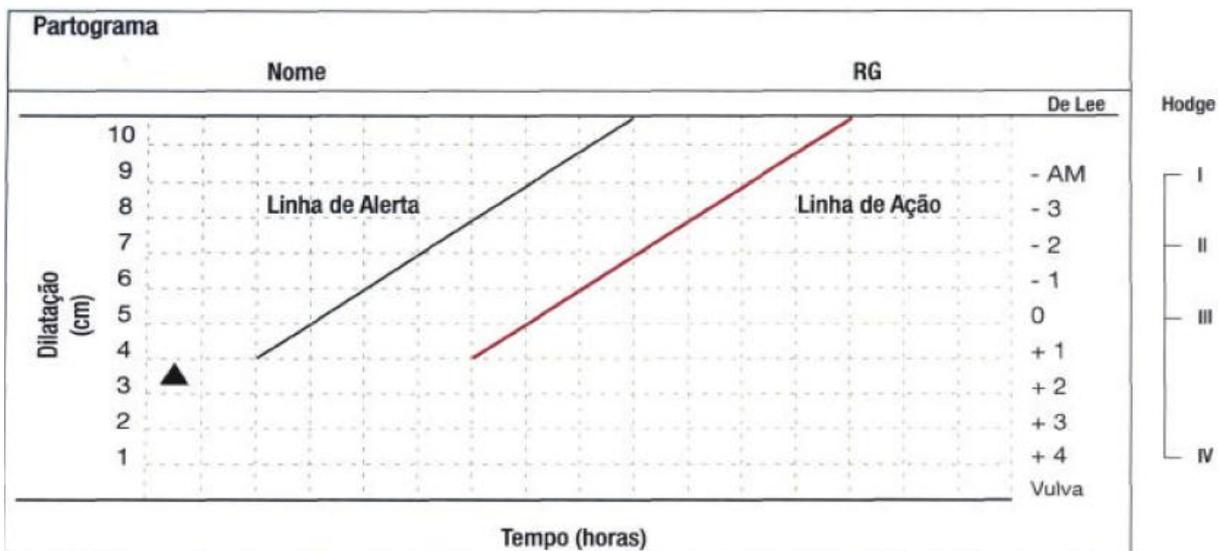
evolução do parto, pois nele está todas as informações necessárias para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, como a descida da apresentação, posição fetal, frequência cardíaca do feto, contrações uterinas, e locais específicos para ser feito o registro relacionado a infusão de líquidos e anestésicos. Tendo em mãos estas informações, se permite conhecer e acompanhar a evolução do parto e os fatores responsáveis por sua normal ou anormal evolução. Devido a importância do uso do partograma, o Ministério da Saúde recomenda seu uso para o acompanhamento e avaliação do processo de parto, pela representação de segurança desse instrumento na assistência a parturiente, especialmente no âmbito hospitalar (BRASIL, 2001).

Na assistência obstétrica é indispensável que o enfermeiro saiba utilizar o Partograma, pois, é uma necessidade daqueles profissionais que pretendem atuar com competência, de forma humanizada, segura e assertiva à parturição (VASCONCELOS et al, 2013).

No atendimento a parturiente, deve-se incentivar o aprendizado do uso do Partograma, por possibilitar o acompanhamento do trabalho de parto por iniciantes e na passagem do plantão no pré-parto, orientando a utilização de ocitócicos e analgesia se necessários, sobretudo a indicação de cesáreas. Seu uso sistematizado orienta que o enfermeiro permaneça próximo a parturiente, fazendo a avaliação das transcrições dos cuidados prestados a cada hora (BRASIL, 2001).

como demonstrado na figura 9, o registro gráfico é feito da seguinte forma: cada intervalo das linhas horizontais equivale a uma hora, e os das linhas verticais equivalem a um centímetro de dilatação e a descida da apresentação. É conveniente que o início do registro no gráfico ocorra na fase ativa do trabalho de parto, quando houver dilatação maior ou igual três centímetros, esse primeiro registro de dilatação deve ser feito no local correspondente no gráfico, a partir do local deste registro é traçada a linha de alerta, em seguida contando os espaços referentes há 4 horas depois, é traçada a linha de ação (PEREIRA, 2014).

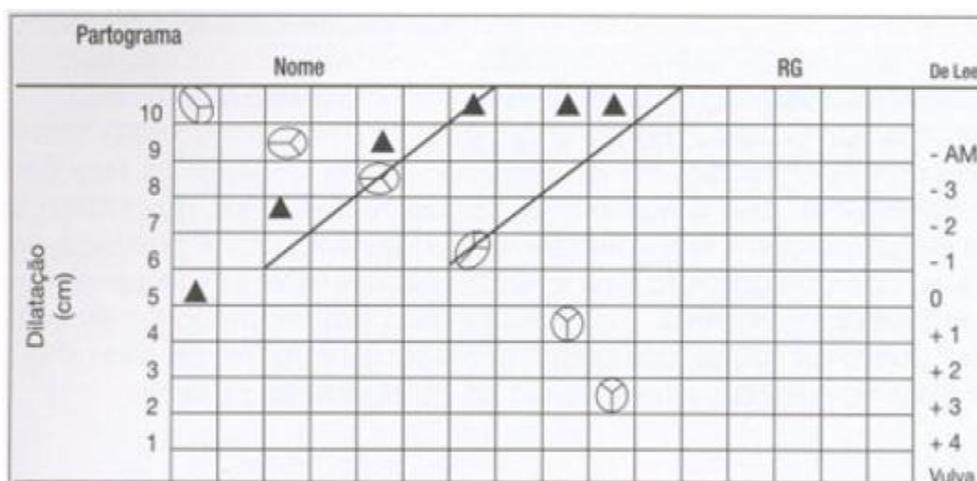
Figura 9: Linha de alerta e linha de ação



Fonte: Brasil (2001).

Desse momento em diante os toques vaginais vão ser realizados a cada uma ou duas horas, no momento da contração, observando a cada anotação o tempo expresso no gráfico, avaliando assim a dilatação, a altura da apresentação, posição, bolsa e aspecto do líquido amniótico. Em partos que evoluem de forma normal, a curva que representa a dilatação cervical, identificada na figura (10) com triângulos, passa sobre a linha de alerta ou a esquerda dela. Quando a curva de dilatação cervical transpassar a linha de alerta ou a de ação, figura (11), significa que existe uma disfunção no trabalho de parto e incumbe ao enfermeiro ou médico, identificar a causa e intervenção necessária, como exemplo o uso de drogas ou uma cesariana dependendo da disfunção (PEREIRA, 2014).

Figura 10: Evolução normal do parto registrado no partograma.

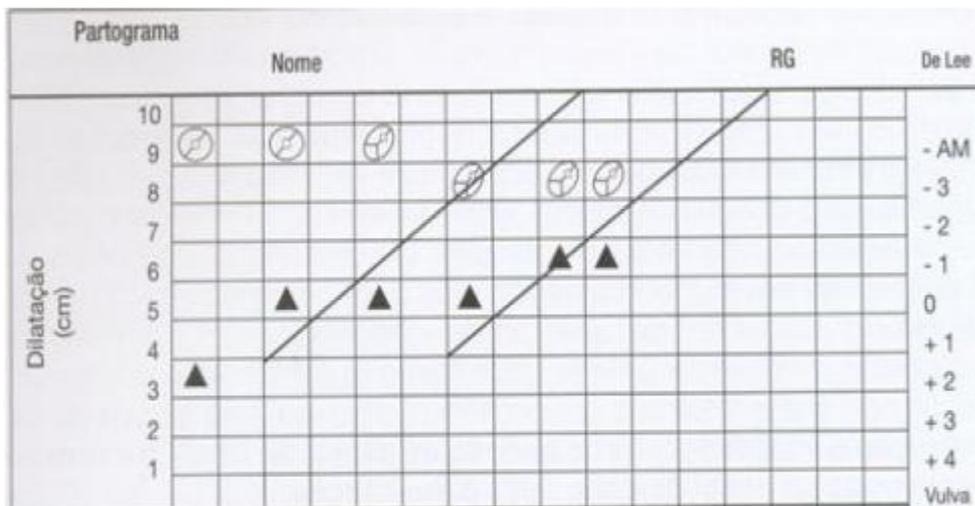


Fonte: Pereira (2014).

Quando o parto evolui com devido acompanhamento feito pelo partograma, neste identifica-se que a dilatação da cérvix evolui sem ultrapassar a linha de alerta, entende-se a possibilidade de um parto vaginal com boa evolução (PEREIRA, 2014).

O prolongamento da fase ativa do parto é um exemplo de distócia identificado através do uso do partograma, neste caso a dilatação da cérvix ocorre de forma gradativa, porém sua progressão se dá no tempo inferior a um centímetro por hora. Outro exemplo de distócia é a parada secundária da dilatação, é identificada quando a dilatação da cérvix para de progredir, assim não sendo identificada evolução nos exames feitos com intervalos que ultrapassam o período de duas horas, mesmo com as contrações uterinas presentes (PARANÁ, [20--]), como se pode observar na figura (11).

Figura 11: Parada secundária da dilatação identificada no partograma.



Fonte: Brasil (2001).

## 2.13 ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL E PARTO DOMICILIAR

### 2.13.1 Centros de Parto Normal

A idealização dos centros de parto normal surgiu através dos movimentos a favor da humanização do atendimento à mulher em seu período gravídico-puerperal, tendo como um dos seus principais objetivos, que o parto deixasse de acontecer como regra dentro de um hospital, e sim em um ambiente com mais tranquilidade onde a gestante tivesse mais liberdade de opinar sobre os detalhes de seu parto, que

possibilitasse que seu companheiro ou acompanhante participasse desse processo, e não apenas assistisse como acontece nas salas de parto tradicionais ou em centros cirúrgicos, onde não ocorresse intervenções desnecessárias ou procedimentos desumanos sem embasamento científico e que não trazem benefícios para gestantes e seu filho, então o Ministério da Saúde através da portaria, nº 985, 5 de agosto de 1999, criou os centros de parto normal (BRASIL, 2010b).

O Conselho Federal de Enfermagem (2015) fez uma relação da enfermagem com processo de humanização do parto, apontando o enfermeiro em sua atuação obstétrica como um pilar na evolução desse processo, apontando que a forma de atuar durante o trabalho de parto faz com que estes profissionais estejam ligados diretamente com a redução de cesáreas e redução de intervenções desnecessárias. Nesta nota o Cofen faz referência ao Hospital Sophia Feldman, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, que é uma das referências em humanização do parto no Brasil, contendo em suas dependências dois Centros de Parto Normal, o Cofen aponta que o hospital obteve uma grande redução na quantidade de episiotomia, nos partos realizados por enfermeiras obstétricas, sendo que este procedimento no ano de 1992 era feito em 60% dos partos, e nos tempos atuais é realizado em apenas 4%.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2004) os CPN, (centros de parto normal), propostos pelo ministério da saúde em 1999, tem o objetivo de fazer com que o parto aconteça da forma mais natural possível, não deixando de lado a segurança da parturiente e do bebê, onde os profissionais auxiliem a mulher que nesse momento é a pessoa mais importante, para que ela possa escolher as pessoas que vão acompanhá-la nesse processo, além das posições que achar mais confortáveis no decorrer do parto.

Conforme a Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que regula a implantação do Centro de parto normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015): “[...] 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[...]”. Define: “Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações [...]” (BRASIL, 2015).

A definição dos centros de parto normal é feita conforme o local de sua instalação. O Ministério da Saúde identifica como: intra-Hospitalar tipo I, intra-hospitalar tipo II e pré-hospitalar (BRASIL, 2015), e define quais particularidades cada tipo deve seguir para sua instalação e funcionamento:

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I CPNi

Tipo I:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II CPNi

Tipo II:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III CPNp:

- a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;
- b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e
- d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde através desta mesma portaria estipula o número funcionários para cada tipo de centro de parto normal, que deve compor sua equipe da seguinte forma: Todos os tipos de centro são coordenados por um enfermeiro obstétrico trabalhando oito horas por dia e quarenta horas semanais, estes além de coordenadores e responsáveis técnicos também exercem cuidados maternos e neonatais, além de, um ou dois enfermeiros obstetras, conforme o tipo de centro e sua capacidade de atendimento, sendo estes responsáveis pelos procedimentos de

enfermagem de pré-parto, parto e pós-parto, um ou dois técnicos de enfermagem conforme capacidade do centro e um auxiliar de serviços gerais (BRASIL, 2015).

Além dos funcionários atuantes nos Centros de Parto Normal, é estipulado que o hospital anexo ou o de referencia, tenha uma equipe médica de prontidão, 24 horas e todos os dias da semana, para o atendimento de casos que precisem de atendimento específico: “[...] composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN” (BRASIL, 2015, p 5).

As casas de parto são locais que transmite tranquilidade e conforto além de contar com atividades de descontração, para que as gestantes não se sintam como pacientes que precisem ser tratadas de uma enfermidade, mas vivam realmente o que o parto significa, sem dúvidas um dos momentos mais importante da vida. Nesse sentido nas casas de parto, também são realizadas consultas de pré-natal e acompanhamento pós-parto, além da formação de grupos de gestantes que se reúnem periodicamente para trocar experiências, tirar dúvidas e interagir com os profissionais, sendo esses alguns fatores entre tantos que diferenciam as casas de parto dos hospitais e maternidades que não realizam partos humanizados, estes fatores, e a satisfação das mulheres que tiveram seus partos nestes centros, também tem chamado a atenção das futuras mães que cada vez mais procuram esse tipo de assistência (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA, 2004).

Conforme a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, o parto realizado em hospitais se caracteriza por dispor de inúmeras tecnologias e utilizar uma serie procedimentos com o intuito de torna-lo um procedimento seguro para futuras mães e seus filhos, é evidente que essas evoluções no meio obstétrico tiveram grande influência para redução da morbidade e mortalidade de mulheres e crianças no País, no entanto, através desse avanço foi se fixando um modo de encarar as mulheres grávidas como doentes tornando estas pacientes que precisam de tratamento, quando na verdade elas são exemplo de saúde (BRASIL, 2016).

Mesmo com diversos estudos comprovando a eficácia da assistência prestada nos centros de parto normal, talvez por se tratar de um projeto inovador, ainda existe a resistência de alguns profissionais da área de saúde, que buscam argumentos para não admitir que esse tipo de assistência é seguro e uma forma integral de acompanhamento da mulher, em seu processo de gestação e parto, propondo a

essas mulheres um parto digno e humano, onde elas estejam por dentro de tudo que está acontecendo e possam vivenciar o nascimento de seus filhos (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Os centros de parto normal existentes no Brasil na atualidade, além do serviço prestado em prol da humanização do parto, são importantes fontes de experiência na assistência e para o ensino, para todas as pessoas que de alguma forma estão envolvidas neste projeto, como, estudantes, profissionais, e as gestantes que podem desfrutar de seus serviços e da atenção que ali recebem. Dessa forma cabe aos profissionais de enfermagem que atuam nestes centros fazer a divulgação do bom trabalho que ali é prestado, favorecendo a valorização da profissão e troca de experiência com os demais profissionais, assim contribuindo para que essa forma de assistência se espalhe e beneficie mulheres em todo País (MACHADO; PRAÇA, 2006).

### **2.13.2 Parto Domiciliar**

A realização dos partos em domicílio ao longo da história já foi uma prática comum, onde as parteiras eram responsáveis e auxiliavam as parturientes, porém com o avanço da medicina, do século XX, em diante, a gestação que sempre foi um processo comum e esperado por todas as mulheres considerado por muitas tradições uma dádiva Divina, passou a ser considerado um evento rodeado de riscos, o parto então passou a ser visto como algo patológico, tendo necessidade de intervenção cirúrgica e medicamentosa, tornando-se restrito ao ambiente hospitalar, com o entendimento de que dessa forma a mulher estaria livre de riscos, assim como seu filho (CRIZOSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

A ideia do parto domiciliar, ainda repercuti de forma negativa no meio social Brasileiro, até mesmo por profissionais influentes no âmbito da saúde, estes fazem entender que o fato de dar a luz a um filho em casa, mesmo quando este evento vem sendo planejado durante a gestação e acompanhado por profissionais no pré-natal, aumenta os riscos de ocorrências desfavoráveis a saúde maternas e neonatais. No entanto as pesquisas científicas no decorrer dos anos, apontam o parto domiciliar planejado em mulheres que não apresentam riscos obstétricos, um

evento tão seguro quanto os realizados em hospitais ou maternidades, e deveria ser colocado com opção para as gestantes saudáveis (LESSA et al, 2014).

Segundo Sanfelice e outros (2014), as mulheres que desejam um parto normal domiciliar, estão rompendo com o modelo assistencial hospitalocêntrico que predomina atualmente, da mesma maneira, os profissionais de enfermagem habilitados para este tipo de assistência, quando realizam o parto domiciliar também rompem com a forma de trabalho predominante, porém o fato de estar rompendo com estes modelos é um grande desafio que torna os envolvidos vítimas de preconceitos, geradores de medo e dúvidas.

No Brasil o que se percebe é que as mulheres que fazem a opção pelo parto domiciliar, são vistas pela sociedade como pessoas sem responsabilidade, sem informação, que estão seguindo uma tendência de moda, do mesmo jeito os profissionais fazem a opção de realizar este tipo de atendimento são perseguidos por outras classes e desmoralizados (SANFELICE et al, 2014).

Apesar de todo avanço tecnológico e de ser predominante a realização do parto hospitalar, no Brasil este tipo de assistência realizada por profissionais de saúde não acontece da mesma forma em todas as regiões, sobretudo em regiões rurais, alguns povos ribeirinhos, quilombolas, indígenas ou de lugares distantes dos grandes Centros, para estes a opção ao alcance é a assistência em domicílio realizada por Parteiras tradicionais que trabalham sem condições adequadas na maioria das vezes se capacitação, e materiais para uma assistência básica, dessa forma é possível observar que nem sempre o parto domiciliar uma opção da gestante (BRASIL, 2010b).

O Brasil possui uma variação socioeconômica é muito grande, com diferentes culturas e regiões geográficas, exigindo que o país disponha de diferentes tipos de políticas públicas, na tentativa de uma atenção integral a saúde de mulheres e crianças nessas suas situações específicas, levando em conta a dívida que a saúde pública possui com estas mulheres e seus filhos, no que se trata de acompanhamento na gravidez e parto, levando em conta a saúde gestacional e infantil destes povos, o Ministério da Saúde, deu início ao programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais no ano de 2000, com a proposta de dar treinamentos, e capacitar as parteiras que para as mulheres que vivem nestas regiões e o único recurso acessível, essas estratégias fazem parte da proposta para redução do

numero de mortes de mulheres e recém-nascidos no Brasil, e a qualificação da assistência humanizada (BRASIL, 2010b).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2012), o enfermeiro possui competência científica para conduzir o parto em domicilio desde que este esteja dentro dos parâmetros estipulados pela lei que regulamenta o exercício de enfermagem, ou seja, quando se trata de parto sem distócia. Também é necessário que no momento do parto, a residência esteja higienizada, que a parturiente tenha recebido acompanhamento adequado de pré-natal e que se realize uma preparação psicológica.

O Conselho Federal de Medicina (2012) através de nota se posicionou de forma desfavorável ao parto domiciliar planejado, recomendando que fossem realizados em hospitais, o texto publicado faz um alerta relatando os riscos que mulher e feto correm nos partos feito fora dos hospitais, porem não vetava a realização destes em domicilio. O texto também relata a existência uma falsa incompatibilidade entre o parto em domicilio e hospital para realização de um parto que acaba abafando o que na verdade seria a principal preocupação que é a integridade física e a vida da mulher e seu filho, também relatou a importância de estar consciente e por na balança se o procedimento médico vai acarretar mais riscos ou benefícios, para que se possa tomar uma decisão legítima dentro dos princípios bioéticos.

O CFM, nesta nota reconhece não são necessárias intervenções medicas quando se trata de um parto natural, ficando as intervenções somente para casos específicos como os que apresentam distócias, hemorragias ou infecções. Apontou ainda a importância de informar as mulheres sobre os critérios para selecionar as gestantes que não possuam restrições para realização de um parto domiciliar, a necessidade deste parto ser realizado por um profissional devidamente habilitado, e que seja posto a disposição um meio de transporte seguro para encaminhar a parturiente ou recém-nascido para hospitais próximos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Para Cunha (2012), a busca de uma melhor assistência materno-infantil, com ênfase no parto, evidencia diferentes realidades envolvendo países desenvolvidos e os que caminham em direção ao desenvolvimento. O Brasil em sua diversidade geográfica e cultural possui as duas realidades, reconhecendo essas diferenças vê-se a necessidade da criação de estratégias distintas, de um ângulo, nas regiões, Norte e

Nordeste, convivem com a escassez de profissionais de saúde e quantidade menor de hospitais e maternidades, se mostrando deficiente em diferentes níveis. Nestas regiões as políticas públicas em saúde buscam atender e dar suporte as necessidades mínimas, exemplo disso foi o programa de capacitação de parteiras, até que ocorra melhoras do sistema de saúde nestes locais. O lado oposto desta realidade são as regiões, Sudeste, Sul e Centro-oeste, que contam com um maior desenvolvimento econômico, porém são regiões que ainda possuem números consideráveis de mortalidades materna e infantil, além da insatisfação das gestantes pelos serviços prestados, se tornando evidente a urgência do aperfeiçoamento do sistema da saúde buscando a melhora desses índices (CUNHA, 2012).

A realização do parto em domicilio é um assunto polêmico em muitos países incluindo o Brasil, e o que se vê é que a solução ainda está longe de ser alcançada. O Brasil não tem outra saída no momento a não ser admitir a realização de partos realizados por parteiras em regiões onde o sistema de saúde ainda não alcança. Nas regiões onde a desenvolvimento, não há acordo entre as classes de profissionais habilitados para este fim. O conselho Federal de Medicina se pronuncia proibindo a atuação médica na assistência de partos domiciliares apontando como local inadequado e sem recurso para intervir em caso de urgência. A saída dessa situação pode estar no acordo entre as profissões, resolvendo de forma definitiva a área que cada um vai atuar e formulando dentro do sistema de saúde estratégias na qual o obstetra possa avaliar qual parto seria de risco, ficando este a cargo dos especialistas nos hospitais, enquanto as parturientes consideradas de baixo risco receberiam a assistência dos profissionais de enfermagem ou parteiras, porém no âmbito hospitalar por oferecer mais segurança. Dessa forma o entendimento que se tem é que na atualidade o parto domiciliar não possui condições adequadas para ser realizado, mesmo contando com competência dos profissionais, pois ainda não se pode contar com um sistema de saúde eficiente (CUNHA, 2012).

## 2.14 DOULAS

Na tentativa de tornar o parto um momento no qual a mulher possa vivenciar com mais tranquilidade, em que ela possa participar efetivamente sabendo o que está

acontecendo entre tantos outros objetivos foi que o ministério da saúde vem trabalhando a proposta da humanização do parto (SILVA et al, 2012).

Dentro desta proposta em 2005 foi sancionada a Lei nº 11.108, direcionada a todos os serviços de saúde particulares ou do SUS, contendo a seguinte determinação: “[...] ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2005).

É essencial o respeito dos profissionais de saúde, acatando a indicação da parturiente sobre quem vai estar ao seu lado no decorrer do parto, pois é importante para ela ter em sua companhia uma pessoa de confiança. Algumas mulheres atuantes da área de saúde ou pessoas sem formações específicas estão se capacitando para dar apoio as parturientes durante seu período de parto estas são denominadas doulas. (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

“A palavra “doula” vem do grego, “mulher que serve”. Mundialmente este nome aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres, antes, durante e após o parto” (SOUZA; DIAS, 2010, p.494).

A doula vem sendo uma estratégia para reduzir a ansiedade da mulher em trabalho de parto, dando apoio emocional, auxiliando a tomar as posições em que se sinta mais a vontade, utilizando técnicas de massagem para ajudar a relaxar. Muitas vezes explicando os procedimentos que estão sendo realizados no momento do parto, dessa forma fazendo uma ligação entre o profissional e a parturiente, pois muitas vezes o acompanhante, sendo ele marido ou familiar não sabe como lidar com a situação no momento do parto ficando apenas como espectador não dando a atenção que a mulher necessita naquele momento, onde se destaca a experiência de quem já está acostumado (OLIVEIRA et al, 2009).

Não compete a doula nenhum ato médico ou de enfermagem, não sendo possível a esta substituir nenhum profissional competente para realização do parto ou de cuidados relacionados a saúde do recém-nascido, também não cabe a ela questionar procedimentos ou decisões tomadas pela equipe, sendo sua presença voltada para dar apoio a gestante como uma acompanhante (DUARTE, 2016).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da avaliação dos estudos apresentados nesta pesquisa bibliográfica, percebe-se que no Brasil o processo de gestação e parto ainda precisa de muitas mudanças e aprimoramentos para que possa ser realizado de forma humanizada, e este processo de transformação envolve importante a participação do profissional enfermeiro.

Os dados aqui apresentados, demonstram que o número de cesarianas está bem acima do que estipula a OMS, evidenciando que esta prática vem sendo largamente utilizada de forma livre e sem critério o que não contribui para a redução da morbimortalidade de mulheres e recém-nascidos, além da cultura hospitalocêntrica predominante no atendimento ao parto no País, principalmente nas regiões mais desenvolvidas. Além disso, ainda persiste a cultura de tratar a gestante como uma pessoa que necessita de tratamentos médicos como se portasse uma enfermidade. Todos estes fatores associados motivaram os movimentos e políticas criadas para que a gestação e o parto sejam tratados de maneira mais humanizada, onde a mulher grávida comesse a ser vista como uma pessoa que tem a possibilidade de gerar um filho por possuir saúde abundante, e que não carece de tratamentos e sim de maior atenção especializada com profissionais qualificados, com capacidade de enxergar a gestante um ser humano repleto de expectativas, dúvidas e medos, e não apenas uma paciente grávida.

O enfermeiro que em sua formação técnico-científica aprende a ver o ser humano de forma generalizada (ser humano biopsicosocial-espiritual) e não em porções fracionadas, exerce grande papel nesta caminhada para alcançar a humanização do atendimento prestado à mulher gestante em especial ao parto. Cientes de que a conquista de espaço vem acompanhada de grandes responsabilidades o profissional de enfermagem que pretende atuar no campo de atendimento a gestante, em especial, ao pré-natal e parto precisa se especializar para que o serviço prestado seja de qualidade e para que este tenha plena confiança e segurança no que está fazendo, ganhando efetivamente credibilidade das gestantes e seus familiares.



## REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Casas de parto investem na valorização da mulher**.N. 44, p, 4-5, jun. 2004. Disponível em:

<[http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/44\\_04.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/44_04.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2016.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Rev. Femina**. v. 38, n. 8, p. 216-422. Ago. 2010. Disponível em: <

[http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/cesariana\\_baseada\\_evidencias\\_parte\\_1.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_1.pdf)>. Acesso em 01 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias do sus. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília (DF); 2016.

Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**.

Brasília (DF); 2012b. Disponível

em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 11.108, De 7 de Abril de 2005**. Brasília (DF): Presidência da Republica/ Casa Civil. 2005. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1)>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**.. Brasília (DF): Presidência da República/ Casa Civil. 1987. Disponível

em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 19 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência**

**Humanizada à Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>.

Acesso em: 06 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**.

Brasília (DF); 2010a. Disponível

em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar assistidos por Parteiras tradicionais**: O programa trabalhando com parteiras tradicionais e Experiências exemplares. Brasília (DF), 2010b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Humanização do Parto.** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília (DF), 2012a. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento.** Brasília (DF), 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** Brasília (DF) 2004. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf)>. Acesso em 02 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 05 out. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 12 mai. 2016.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; FERREIRA. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil.** Recife. Vol. 6, n. 1, p. 23-29, jan./mar. 2006. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/62533>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública.** v.21, n.5, p.1316-1327. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2016.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v.13, n. 1, p. 105- 111, janeiro-fevereiro. 2005. Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017)>. Acesso em: 04 mai. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Atores técnicos e sociais discutem diretrizes para parto normal**; Pactuação busca construir consensos que tornem as políticas de assistência efetivas. Set. 2015. Disponível em:

<[http://www.cofen.gov.br/atores-tecnicos-e-sociais-discutem-diretrizes-para-parto-normal\\_34794.html](http://www.cofen.gov.br/atores-tecnicos-e-sociais-discutem-diretrizes-para-parto-normal_34794.html)>. Acesso em: 12 mai. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012. Disponível em:

[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3). Acesso em: 02. abr. 2016.

CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery**. v.11, n.1, p.98-104, março. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery RevEnferm**, v. 13, n. 1, jan-mar. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Partograma: o método gráfico para monitoração clínica do trabalho de parto. **Revista Femina**, Mendoza, v. 36, n. 6, p. 353-359, out. 2008.

Disponível em: [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina\\_junho2008-353.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_junho2008-353.pdf). Acesso em: 11 mai. 2016.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto a fórceps. **Rev. Femina**, v. 39, n.12, Dez. 2011. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

CUNHA, Alfredo de Almeida. A controvérsia do parto domiciliar. **RevistaFemina**, v. 40, n. 5, p.253-262, Set-Out. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3415.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **RevistaEletrônica de enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n.1, p.109-116. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/25.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2016.

D'INOCENZO M, ADAMI NP, CUNHA ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v.59, n.1, p.84-88. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciência & Saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

DUARTE; Angelina Machado de Lima et al. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no preparo de mães adolescentes. **Rev Inst Ciênc Saúde**. v.26, n.2, p.177-182. 2008. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02\\_abr\\_jun/V26\\_N2\\_2008\\_p177-182.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02_abr_jun/V26_N2_2008_p177-182.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2016.

DUARTE, Ana Cris. **O que é Doula**. 2016. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

FERNANDES, J. S; FORTUNATO, J. S; PINTO, J. C. **Fisiologia do sistema reprodutor feminino**. Universidade do Minho. [20--]. Disponível em: <<http://www.uff.br/WebQuest/downloads/FisiolApRepFem.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

FETALMED. **Quando o bebê vai encaixar?** [20--]. Disponível em: <<http://www.fetalmed.net/quando-o-bebe-vai-encaixar/>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev. Latino-am Enf**. v. 17, n. 2, mar-abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_03.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2016.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: Uma questão Ideológica? . rev. **Est. Fem**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

IPERBA. Instituto de perinatologia da Bahia, **Assistência ao parto cesárea**. Bahia; 2004. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-013-Parto\\_Ces%C3%A1rea%5B1%5DCorrigido.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-013-Parto_Ces%C3%A1rea%5B1%5DCorrigido.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2016.

LESSA, Heloisa Ferreira et al. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 23, n. 3, p. 665-672, jul-set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2016.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. esc. enferm. USP**. v.40, n.2, p.274-279. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2016.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc. Anna Nery**. v.13, n.2, p.319-327. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Assistência de enfermagem no quarto período do parto**. Rio de Janeiro: [200-]. Disponível em:[http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/4\\_periodo\\_do\\_parto.pdf](http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/4_periodo_do_parto.pdf) >. Acesso em: 07 abr. 2016.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais**. Mapupo; 2011. Disponível em:<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>> Acesso em: 07 Abril de 2016.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOURA, Ana Carolina Floriano; RABELO, Cristiane Borges de Moura; SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Rev. bras. enferm**. v.61, n.4, p.476-481. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/13.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Rezende Obstetrícia**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ODENT, Michel. O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de et al. Conhecimento dos Profissionais da Saúde Sobre as Doulas em uma Maternidade do Recife, PE. **Rev enferm UFPE** . v. 3, n.1, p.54-60. Jan-Mar. 2009. Disponível em :< [file:///C:/Users/Jacupemba/Downloads/261-18927-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Jacupemba/Downloads/261-18927-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2016.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Partograma**. Paraná: [20--]. Disponível em: < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/comite\\_mort\\_mat\\_infant/partograma/5PARTOGRAMA.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/5PARTOGRAMA.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2016.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira Anestesiologia**, v. 61, n. 3, p. 376-388, Maio-Junho, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

PEREIRA, Antônio Carlos Nascimento. **Partograma**. 2014. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luiz do Maranhão. 30-Jul-2014. Disponível em: <<http://www.huufma.br/site/arquivos/ginecologia/Partograma.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Rev. Texto contexto - enferm.** v.14, n.2, p.186-192, Abr-Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a05v14n2.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Rios, C. T. F.; Vieira, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 477-486, Mar. Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

ROCHA, Vitor Andrade da. **A água como meio alternativo para o nascimento natural.** 2009. 105 f. Dissertação de (Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/18654/2/A%20AGUA%20COMO%20MEIO%20ALTERNATIVO%20PARA%20O%20NASCIMENTO%20NATURAL.pdf>>. Acesso em 21 abr. 2016.

ROCHA, T.A. et al. Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito. **Online brazilian journal of nursing**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-490227>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene.** Campinas. v. 15, n. 2, p. 362-370, mar-abr. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

SANTOS, Raquel Bezerra dos; RAMOS, Karla da Silva. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev. bras. enferm.** vol.65, n.1, p.13-18, Jan-fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>>. Acesso em 01 mai. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde de São Paulo. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP.** São Paulo: 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicoii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2016.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva.** v.17, n.10, p.2783-2794. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/26.pdf>>. Acesso em 05 mai. 2016.

SILVA, Simone Souto da et al. Grupo de Gestantes: Uma Proposta de Promoção de Saúde. In: MOSTRA ACADÊMICA UNIMEP, 5., 2007, Piracicaba. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/5mostra/4/141.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. São Paulo. **Acta paul. enferm.** v. 23, n.4, p.493-499. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/08.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2016.

SPINK, M J P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul-set. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

VASCONCELOS, Karen Leverger et al. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. **Rev. Enfermagem. UFPE on line, Recife**, v. 7, n. 2, p.619-624, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3717/5429>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Rev. Texto contexto - enferm.** vol.19, n.4, p.719-727, Out-Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.